

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Jacob ROZENFELD

Né le 13 août 1904 à Varsovie (Pologne)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

L'AMPUTATION PÉRINÉALE

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU RECTUM

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

Année 1931

THÈSE

N° _____

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

Jacob ROZENFELD

Né le 13 août 1904 à Varsovie (Pologne)
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris.

L'AMPUTATION PÉRINÉALE

DANS LE TRAITEMENT

DU CANCER DU RECTUM

Président : M. LENORMANT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1931

LE DOYEN... M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GREGOIRE.
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hydrologie thérapeutique et climatologique	Maurice VILLARET
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	M. LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

BENARD (H.)	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
HUTINEL	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
SANME	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale
BRULE	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale
CHABROL	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
PIEDELIERE	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
MIREAU	Pathologie médicale.
LABBE	Chimie biologique.

MM.

LEVEUF	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
VIGNES	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
DE GAUDART	
D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale
HASARD	Pharmacologie.
PORTES	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale
MOURE	Pathologie chirurgicale
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique
OLIVIER	Anatomie.
GASTINEL	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale
RICHEL Fils	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
MILLOT	Histologie.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUENIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
REITTERER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.
N...	Pathologie médicale.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ALGLAVE	Clinique chirurgicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.	ABRAMI	Clinique médicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	CHIRAY	Clinique médicale.
LAINEL-LAVASTINE	Clinique médicale.	DEBRE	Clinique médicale.
LE LORIER ...	Clinique chirurgicale.	DUVOIR	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	FIESSINGER ..	Clinique obstreicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ..	Clinique obstreicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de notre
attachement filial.*

A MA FAMILLE

A MES AMIS ET COLLEGUES D'ETUDES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHARLES LENORMANT
PROFESSEUR DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE LA PITIÉ
PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui m'a fait l'honneur de
m'inspirer ce travail et de me
guider de ses conseils.*

*Je suis heureux de pouvoir
lui exprimer ici ma très
grande gratitude et de lui af-
firmer mon dévouement et
mon admiration respectueuse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1925. M. LE PROFESSEUR GILBERT (*in memoriam*)

1926. M. LE PROFESSEUR LEJARS

Externat

1926. M. LE PROFESSEUR CUNEO

1927. M. LE DOCTEUR A. MOUCHET

1928. M. LE PROFESSEUR CH. LENORMANT

1929. M. LE DOCTEUR COMTE

1930. M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. METZGER

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LA CROIX-ROUGE FRANÇAISE

M. LE DOCTEUR S. BANZET

M. LE DOCTEUR EDOUARD MICHON

A qui j'adresse mes remerciements et l'expression de ma grande reconnaissance pour tout ce qu'ils m'ont appris, et pour les marques de sympathie qu'ils m'ont toujours témoignées.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES
PROFESSEUR AGRÉGÉ P. MOURE, WILMOTH,
J. CH. BLOCH, G. PICOT, SENEQUE
(CHIRURGIENS DES HOPITAUX)

A MM. LES DOCTEURS
PAUL BANZET, J. DELARUE, ARDIN,
A. DZIEWCZEPOLSKI.

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études médicales, nous nous faisons un devoir de rendre hommage à tous ceux qui, pendant les quelques années que nous avons passées parmi eux, nous ont dirigé et aidé dans nos travaux.

Que tous nos maîtres dans les hôpitaux de Paris, nos maîtres de l'hôpital de la Croix-Rouge française et particulièrement ceux dont nous avons été l'élève, veuillent bien agréer nos plus sincères remerciements pour les conseils éclairés et bienveillants qu'ils nous ont toujours pratiqués.

Nous tenons tout particulièrement à exprimer notre reconnaissance à notre très cher maître, le professeur Lenormant, qui nous a inspiré le sujet de notre thèse, nous a aidé de ses conseils dans sa rédaction et a bien voulu mettre à notre disposition les observations inédites que nous publions. D'autre part nous le remercions chaleureusement pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

« Pour quiconque a bien étudié les rapports du rectum, écrivent Bourgery et Jacob, et a essayé cette opération sur le cadavre, elle ne présente pas de grandes difficultés, et l'on est étonné qu'elle n'ait pas été pratiquée plus tôt. » Toutefois, il faut convenir qu'il y avait eu des chirurgiens assez hardis pour la tenter.

« Le premier qui la pratiqua avec succès fut Faget, le 9 juin 1739 ; il excisa en présence de Boudou et son frère, le rectum dans toute sa circonférence, et dans l'étendue de quatre centimètres, chez un nommé Gelé. Après la guérison, malgré l'absence du sphincter, cet homme pouvait retenir les matières et même les gaz, comme avant la maladie, ce qui étonna beaucoup Faget, et lui fit penser qu'il s'était formé un nouveau sphincter. »

Malgré la réussite de cette opération l'Académie de chirurgie la repoussa. Desault ne l'admit que dans les cas des tumeurs de mauvaise nature, bien circonscrites et mobiles. Béclard disait publiquement en 1882, qu'on avait eu tort d'abandonner cette opération, et que les cancers de l'extrémité inférieure du rectum

ne doivent plus être abandonnés à eux-mêmes, sans secours et considérés comme incurables.

Lisfranc s'est chargé de démontrer pratiquement cette proposition. Sa première opération fut faite le 13 février 1826, et le 13 avril suivant le malade était guéri.

En janvier 1828 et juillet de la même année, il réussit encore chez deux femmes.

De six autres malades opérés par lui depuis cette époque jusqu'au mois d'août 1829, trois moururent, un obtint une guérison douteuse et deux une guérison complète. Voilà la première statistique importante dans le domaine de l'amputation périnéale du rectum. Sur 9 cas, ce chirurgien a obtenu cinq guérisons (55,5 %), 3 morts (33,3 %) et une guérison douteuse.

A titre documentaire et historique nous reproduisons ci-dessous la technique de l'amputation périnéale du rectum, telle quelle fut réalisée avec une certaine méthode pour la première fois en France, par Lisfranc.

Procédé de Lisfranc. — On fait étendre le malade sur le dos, les cuisses fléchies sur le tronc et les jambes sur les cuisses, comme dans la taille périnéale. On place un oreiller sous le siège afin de le faire bien saillir, et l'on fait maintenir les jambes écartées par des aides. Cela posé, on circonscrit l'orifice de l'intestin entre deux incisions semi-lunaires, qui viennent se réunir en avant et en arrière. Lorsque la peau est incisée et qu'on est arrivé sur le tissu cellulaire sous-

jacent, on dissèque les parties en dirigeant le tranchant de l'instrument vers le rectum. Alors, il peut se présenter plusieurs cas :

1° Si toute l'épaisseur des tuniques intestinales n'est pas malade, on poursuit la dissection jusqu'à ce qu'on soit arrivé à l'intestin qui se trouve isolé de toutes parts ; on introduit le doigt indicateur dans sa cavité jusqu'au-dessus du mal, et on s'en sert comme d'un crochet pour l'attirer en bas et surtout pour faire saillir la muqueuse et la mettre dans un état de renversement. Puis on fait tirer le tout avec des érignes confiées à des aides, et on emporte la partie du rectum dénudée et toute la partie de la muqueuse qui forme une procidence, avec des forts ciseaux courbes. Ici le but est d'enlever plus de muqueuse que d'autres membranes.

2° Lorsque toute l'épaisseur des tuniques intestinales est malade... « on introduit son doigt indicateur dans la cavité de l'intestin et on s'en sert comme d'un conducteur pour diviser verticalement, avec de forts ciseaux, toute l'épaisseur de sa paroi postérieure, autant que possible jusqu'au-dessus du mal. » Lisfranc choisit cette paroi, car il n'y a rien d'important à léser. Puis, il faut faire tirer par des aides au moyen d'érignes sur toute la circonférence de l'organe. On continue la dissection et l'isolement du rectum de toutes les parties environnantes, jusqu'au-dessus du mal, en comprenant même dans la dissection tous les tissus qui paraissent malades. Cette dissection est longue, difficile et nécessite la plus grande attention.

Chez l'homme. — Pour éviter de blesser l'urètre, la prostate ou la vessie, il faut placer dans le canal de l'urètre et faire maintenir par un aide, une forte algalie qui avertit du voisinage de ces organes. Le doigt indicateur placé à l'intérieur et le pouce à l'extérieur du rectum servent à tirer ce dernier en sens opposé et à guider le bistouri.

Chez la femme. — Un aide place un ou deux doigts dans le vagin, pour reconnaître la position du bistouri et avertir l'opérateur si cela est nécessaire. D'ailleurs, dans ces parties, on se sert autant qu'on le peut des doigts pour séparer l'intestin des organes génito-urinaires, et on lie les vaisseaux à mesure qu'on les ouvre.

La dissection terminée on s'attaque à séparer la masse cancéreuse. Pour cela « on porte les ciseaux courbes à l'extrémité supérieure de la fente verticale, et on coupe l'intestin circulairement en se guidant avec le doigt indicateur, tandis que des aides tendent les parties à couper, avec des érignes ». Lisfranc est arrivé ainsi à enlever six à huit centimètres de hauteur d'intestin.

« Lorsque l'opération est terminée, il faut s'assurer à l'aide du doigt porté dans la plaie, s'il ne reste pas encore quelque partie désorganisée, et s'empresse de l'enlever dans la crainte de voir pulluler le mal et de perdre le fruit de l'opération qu'on vient de faire. »

Tel est le procédé de Lisfranc, qui a donné naissance à la « périnéale » d'aujourd'hui. Et si avec le dévelop-

pement de la chirurgie en général, cette méthode a également évolué, il n'est pas moins vrai, que c'est à Lisfranc qu'on la doit, et que plusieurs de ses principes sont encore employés de nos jours.

La méthode de Lisfranc trouve vite des partisans et, en effet, plusieurs chirurgiens la pratiquent avec des résultats différents. Ainsi « le malade opéré par Ricord meurt ; plusieurs individus opérés par Valentin Mott sont guéris ; une malade de Mandt a guéri, mais a conservé une fistule recto-vaginale ; un autre de Haime conserve une incontinence des matières fécales ; de six sujets opérés par Velpeau, un est mort de phlébite, un second d'épuisement, un troisième d'hémorragie ; les trois derniers ont complètement guéri (mais un a conservé une incontinence). Enfin Malgaigne en opère plusieurs, mais observe souvent des récidives. »

L'extirpation périnéale, connue encore de nos jours sous le nom *d'opération de Lisfranc*, fut étudiée ensuite en France dans les thèses de *Terrasse*, *Vacassin* et *Géraud de Langalerie*.

A l'incision circulaire simple, périnéale de Lisfranc, Dolbeau et Denonvilliers ajoutèrent une longue raquette postérieure allant jusqu'à la pointe du coccyx.

Pour augmenter encore du jour, Verneuil proposa la résection du coccyx, qui fut érigée par Kocher en véritable méthode.

Après plusieurs fluctuations qui donnèrent passagèrement la prépondérance à des opérations purement palliatives telles que la colostomie lombaire ou iliaque, et la rectotomie postérieure (Verneuil), la méthode de

Lisfranc régna jusqu'à 1885, moment de l'apparition de la méthode sacrée.

En effet décrite pour la première fois par Kraske au XIV^e Congrès de la Société allemande de chirurgie, en 1885, la voie sacrée trouve immédiatement des chauds partisans en France (Routier, Terrier, Richelot, Quénu). Leur enthousiasme se manifesta très nettement dans la thèse d'Aubert, parue en 1889.

Mais le triomphe de la méthode de Kraske fut court. Rapidement un changement d'opinion vint se manifester et il se traduisit déjà dans les thèses de Morestin et de Defoug (1894-1895).

Quénu, un des partisans même de la voie sacrée, exprima à la Société de chirurgie de Paris l'opinion des chirurgiens français en disant : « L'expérience qui a été faite de la technique de Kraske, et les inconvénients qu'elle entraîne, nous ont amené depuis longtemps à l'abandonner. »

Et tandis qu'en Allemagne, à part quelques rares dissidents, la méthode sacrée est plus en vigueur que jamais, en France elle est presque totalement abandonnée.

C'est alors qu'une nouvelle méthode commence à préoccuper les chirurgiens de l'époque. C'est la *voie combinée*.

L'idée de combiner la laparotomie aux procédés d'exérèse des cancers du rectum par voie basse aurait été énoncée, semble-t-il, pour la première fois, par Volkmann (1877). Il se plaint en effet de l'inopérabilité fréquente des malades, qui viennent consulter trop

tard, alors que le cancer est déjà trop étendu et trop haut. Mais il espère que dans l'avenir, « les opérateurs triompheront de ces lésions, en attaquant la tumeur par en haut, et en la libérant par le ventre, avant d'en pratiquer l'extirpation périnéale ».

Vingt ans après, la prédiction de Volkmann fut réalisée. Nombre d'auteurs attribuent la première opération combinée à Czerny, qui l'aurait exécutée en 1883.

Mais, en réalité, c'est à Kœnig que revient cet honneur. Il s'agissait d'un cancer haut situé, dont on ne pouvait pas atteindre, par le toucher, la limite supérieure. Kœnig fit d'emblée la laparotomie (1888) ; il établit un anus iliaque, sectionna l'intestin au-dessus de la tumeur ; ensuite il extirpa par le bas tout le segment terminal sous-jacent à la section. Un an après, Czerny pratiqua également cette amputation combinée, mais la main forcée, à la suite de vaines tentatives par la voie périnéale.

Les opérés de Kœnig et Czerny moururent rapidement à la suite de l'intervention.

Depuis, plusieurs tentatives d'opération par voie combinée furent faites ; mais cette méthode n'avait pas encore franchi la période de tâtonnement.

C'est à deux chirurgiens français, Gaudier et Cha-lot, que revint l'honneur de régler, d'une façon définitive, la technique d'une méthode qui porte désormais leur nom. Sur trois malades opérés par eux, deux moururent à la suite de l'opération et un au bout de 7 mois.

Quénu exécute cette opération en 1896 et décrit en détail le procédé opératoire. Depuis, il n'a cessé de

défendre la méthode abdomino-périnéale. Il est même courant, à l'étranger comme en France, de la désigner sous le nom d'*opération de Quénu*.

Depuis, l'abdomino-périnéale a été pratiquée en France par un grand nombre de chirurgiens. Et dans ces dernières années, les travaux sur cette opération se sont multipliés. Les plus importants appartiennent à Rouhier (1910), Chalier et Perrin (1913), Hartmann (1913), Mondor (1914), A. Schwartz (1914, 1920), Pouchet (1921), Chalier (1922). De même à l'étranger, cette méthode a trouvé un grand nombre de partisans.

Tous ces auteurs considèrent la voie abdomino-périnéale comme l'opération idéale, car par la périnéale, disent-ils, on ne « va pas assez haut » pour pouvoir extirper les néoplasmes haut situés sur le rectum. D'autre part, l'abdomino-périnéale permettrait d'enlever les voies lymphatiques et les ganglions, et ainsi on pourrait diminuer le nombre des récidives.

Evidemment cette méthode est basée sur des considérations essentiellement logiques. Mais elle compte à son passif une terrible mortalité opératoire, qui a suffi à provoquer une « contre-réaction » de la part de plusieurs chirurgiens.

L'amputation périnéale entre de nouveau en jeu. Grâce aux travaux de Quénu et Hartmann, Quénu et Baudet, on peut à l'heure actuelle contre-balancer les objections qui ont été faites à la méthode périnéale pure.

Les résultats obtenus par l'amputation périnéale du rectum cancéreux se sont tellement améliorés, que dé-

sormais les chirurgiens, tels que Cunéo, Hartmann, Lenormant et Lockhart Mummery, reviennent à la périnéale pure. Ils sont tous d'accord « qu'un malade, atteint d'un cancer du rectum, a plus de chance de guérir par l'amputation périnéale que par l'abdomino-périnéale ».

Notre maître, le professeur Lenormant, nous a donné la possibilité d'analyser ce problème si difficile à résoudre. Développant ses idées, nous avons pour but d'étudier, dans ce modeste travail, les résultats obtenus par l'amputation périnéale, et de les comparer avec les résultats obtenus par les autres méthodes et essentiellement par l'amputation abdomino-périnéale.

Nous rejetons totalement la résection. Elle n'entre pas dans le cadre de notre travail, et nous la considérons comme une opération infiniment plus grave que l'amputation et d'ailleurs insuffisante.

CHAPITRE PREMIER

LES CAS QUI PEUVENT RELEVER DE L'AMPUTATION PÉRINÉALE DU RECTUM

Le principe du traitement chirurgical rationnel du cancer du rectum est d'enlever complètement la tumeur avec le tissu graisseux qui l'entoure et les ganglions siégeant au niveau de son pédicule, qui sept fois sur dix sont le siège de la première métastase.

Certains auteurs prétendent que, par la voie périnéale pure, il est difficile de réaliser ce principe, faute de la possibilité de pouvoir suffisamment abaisser le rectum, organe très peu mobile.

Pour démontrer la faiblesse de cet argument, il nous est indispensable de rappeler quelques notions d'anatomie de cet organe, et surtout d'étudier ses moyens de fixation et ses voies ganglionnaires et lymphatiques.

A. Moyens de fixité.

Le rectum est le dernier segment du gros intestin. Il occupe la partie postérieure du petit bassin. Comménçant au niveau de la troisième vertèbre sacrée, où

il fait suite à l'anse sigmoïde, il suit la concavité sacro-coccygienne, traverse le plancher pelvien et se termine à l'orifice anal.

Certains auteurs décrivent, sous le nom de la portion sus-ampullaire du rectum, un segment du gros intestin qui s'étend du détroit supérieur du bassin ou de la symphyse sacro-iliaque gauche à la troisième vertèbre sacrée. Mobile, muni d'un mésentère plus ou moins long (*mésorectum* des auteurs), cette partie de l'intestin est considérée par Poirier comme faisant partie du côlon pelvien et son mésentère n'est qu'une portion du mésocôlon pelvien. Quoi qu'il en soit, la portion sus-ampullaire se distingue très nettement de la portion ampullaire, qui est très individualisée par sa fixité et par sa forme de réservoir.

Quels sont les moyens de fixité du rectum proprement dit ? Ils sont étudiés d'une façon complète dans la thèse de notre maître, le professeur Lenormant. (Paris, 1903.)

Nous les résumerons très brièvement.

Jonnesco admet que le rectum est fixé :

1° Par sa *gaine fibro-séreuse*, c'est-à-dire par ses connexions avec le péritoine d'une part, qui revêt une partie de sa face antérieure et de ses faces latérales, et par l'aponévrose pelvienne d'autre part, qui se refléchit à la partie basse de l'ampoule pour remonter le long de sa face postérieure, qu'elle tapisse entièrement, et de ses faces antérieure et latérale, qu'elle revêt jusqu'aux limites du cul-de-sac de Douglas ; ainsi se trouve constituée une gaine, qui, pour certains auteurs,

n'est qu'un épanouissement sur l'intestin de la gaine vasculaire des hémorroïdales moyennes, et qui maintient la portion pelvienne du rectum.

2° Par les *vaisseaux hémorroïdiques moyens et inférieurs* qui, entourés d'expansions fibreuses fortes et résistantes, émanées des aponévroses pelvienne et obturatrice, abordent les flancs de l'intestin, et limitent ses déplacements latéraux surtout.

3° Par le *plancher pelvien musculaire*, qui entoure l'intestin étroitement, et envoie même de nombreuses fibres dans l'épaisseur de la paroi rectale, tandis que des fibres musculaires émanées de cette dernière se perdent dans l'épaisseur du plancher pelvien.

La description donnée par Quénu et Hartmann dans leur *Chirurgie du rectum* diffère peu de la précédente : « Le rectum est maintenu dans sa situation par le péritoine, qui l'applique contre les faces postérieure et inférieure de la cavité pelvienne, par une aponévrose qui le rattache de chaque côté aux parties latérales du sacrum et du coccyx (aponévrose postérieure du ligament large de Jarjavay, qui ne la décrivait que chez la femme ; aponévrose sacro-recto-génitale de Pierre Delbet, qui l'a retrouvée dans les deux sexes), par l'aponévrose supérieure du releveur de l'anوس et par ce muscle lui-même, qui prend sur lui des insertions ; tout en bas par quelques adhérences de sa face antérieure à la partie inférieure de l'aponévrose prostatopéritonéale et au raphé intermédiaire, au sphincter externe et aux muscles du périnée (transverse et bulbo-caverneux chez l'homme ; transverse et constrict-

teur de la vulve chez la femme), enfin par l'ensemble des vaisseaux et nerfs qui le rattachent aux parois pelviennes. Au niveau de sa partie terminale, le rectum se trouve maintenu par des faisceaux de fibres lisses qui, parties du coccyx, entourent le rectum, en forme de fourche ouverte en avant, l'attirant en arrière (muscle recto-coccygien). »

Enfin, Waldeyer trouve que « outre le péritoine, les vaisseaux et les nerfs, la portion pelvienne du rectum est maintenue par le *fascia propria recti*, qui s'étend des parties latérales de l'organe aux vaisseaux hypogastriques et s'unit au fascia recto-vésical. Grâce à cette fixation relativement faible, la partie supérieure du rectum conserve une certaine mobilité. » (Das Becken, 1899).

La gaine fibro-séreuse du rectum formée par la juxtaposition de la gaine fibreuse (*fascia recti*) et de la gaine séreuse (péritoine), est rattachée de chaque côté aux flancs du bassin par deux expansions ou ailes latérales. Celles-ci, fibreuses et résistantes, sont formées par des prolongements de l'aponévrose pelvienne qui entourent les vaisseaux hémorroïdaux moyens, depuis leur origine sur les vaisseaux hypogastriques jusqu'aux côtés du rectum : c'est la gaine de ces vaisseaux, qu'on appelle *ligaments latéraux du rectum pelvien* ; ils fixent et immobilisent cet organe sur la ligne médiane.

Signalons enfin qu'il y a une union entre les fibres longitudinales lisses de l'urètre membraneux et celles

du rectum : c'est le muscle *recto-urétral* de Roux¹.

Il existe en outre des adhérences solides de la musculature rectale avec l'aponévrose périnéale et, en arrière enfin, des fibres lisses abondantes vont du rectum au ligament ano-coccygien et au coccyx.

En résumé, nous voyons que, comme les autres organes pelviens : utérus et vessie, le rectum est fixé surtout par sa partie inférieure périnéale, le canal anal, grâce aux nombreuses fibres de sa musculature qui vont à ce niveau s'insérer sur toutes les parties constitutives du périnée, grâce surtout à ses connexions avec le releveur et ses aponévroses ; plus haut, il est encore maintenu par ses pédicules vasculaires latéraux avec leurs gaines fibreuses (art. hémorroïdale moyenne) et par les aponévroses sacro-recto-génitales. Ce sont ces dernières seules qui le rattachent au sacrum.

En dehors d'elles, on ne peut guère parler *de moyens de suspension* du rectum, sauf en ce qui concerne son pédicule vasculaire supérieur (art. hémorroïdale supérieure) et ceci, au point de vue fixation, est bien peu de chose, et enfin sa continuité avec l'anse oméga.

De ce court aperçu anatomique, nous pouvons conclure que le rectum, étant fixé essentiellement par ses connexions périnéales, ne peut être abaissé qu'après

1. Ce petit faisceau musculaire, sur lequel ont insisté Hartmann (*Société de chirurgie*, 1902) et Gosset et Proust (*Société anatomique*, 1902), s'étend du bord postérieur du trigone uro-génital au sommet de l'angle que forment les deux portions pelvienne et périnéale du rectum : c'est lui qui maintient ce coude rectal tourné en avant (*Thèse Lenormant*, 1903, p. 27).

qu'on a détruit ses moyens de fixité dans sa partie inférieure.

Déjà Raynal, prosecteur à Toulouse, a montré que : « Lorsque, sur un sujet sain, on va par l'anus, accrocher le rectum avec une ou plusieurs pinces de Museux, malgré les tractions les plus violentes, et à quelque hauteur qu'on saisisse le rectum, on ne parvient pas à produire de prolapsus ; on déchirerait plutôt l'intestin... »

Le rectum ne bouge pas tant qu'on n'a pas touché aux releveurs ; après la section de ces muscles, l'intestin descend quelque peu ; mais il faut encore placer des pinces et couper au-dessus et toujours sur les côtés ce qui tient, c'est-à-dire les vaisseaux hémorroïdaux moyens et les aponévroses sacro-recto-génitales ; alors seulement l'abaissement est considérable, malgré l'existence du pédicule vasculaire supérieur. Le rectum est en effet déjà très abaissé : 12 à 14 centimètres environ dépassent le plan périnéal.

Si l'abaissement est encore insuffisant, il faut alors rompre ses connexions supérieures. On ouvrira le cul-de-sac péritonéal et on coupera les vaisseaux hémorroïdaux supérieurs. Autrement dit, on sectionnera le méso-rectum. Et alors à ce moment la mobilisation du rectum est à peu près complète.

Nous voyons donc qu'il est possible d'extirper les tumeurs siégeant très haut sur le rectum, sans qu'on soit obligé de l'attaquer par l'abdomen.

Dans les cas où la tumeur se serait localisée très haut sur la portion sus-ampullaire du rectum, on pour-

ra encore éviter « l'abdomino-périnéale » en extirpant la tumeur par le procédé de Hartmann, opération simple et beaucoup moins grave.

B. Les lymphatiques.

Les lymphatiques du rectum et de l'anus ont été l'objet de nombreux travaux (Quéna, Gersta, Rheinhold et d'autres).

Il faut distinguer les vaisseaux lymphatiques de la partie ampullaire et ceux de la partie anale.

§ 1. Portion pelvienne ou ampullaire.

Les lymphatiques de cette portion forment un double réseau superposé et très serré : l'un muqueux, superficiel, l'autre sous-muqueux, plus profond. Leurs troncs afférents perforent la couche musculaire, comme le font les veines, et se rendent : les supérieurs aux ganglions hémorroïdaux supérieurs, les inférieurs à un groupe de 5 à 7 ganglions situés tout à fait en bas de l'ampoule, que Gerota appelle les *ganglions ano-rectaux*. Toutes ces glandes sont situées entre la gaine fibreuse et la tunique musculaire, sur les faces postérieure et latérale du rectum ; elles accompagnent les veines hémorroïdales supérieures et leurs branches. (Poirier.)

§ 2. Portion périnéale ou anale.

Il y a ici deux réseaux juxtaposés qui correspondent aux deux zones de l'anus :

1° *Réseau cutané de l'anus.* — Ce réseau, extrêmement riche et très superficiellement situé dans le derme, forme un anneau tout autour de la marge de l'anus. Il communique avec le réseau profond-muqueux. Les vaisseaux efférents, *lymphatiques, hémorroïdaux inférieurs*, se rassemblent en trois ou quatre troncs qui contournent la face interne de la cuisse ou la partie voisine du périnée et vont se jeter dans les ganglions inguinaux. Presque constamment, ce sont les ganglions les plus internes surtout supéro-internes. D'après Rouvière, ces lymphatiques se jetteraient d'autre part dans les ganglions ano-rectaux placés sur la face postérieure du rectum.

2° *Réseau muqueux de l'anus.* — Ses troncs efférents indirects disposés en forme de grappes, montent le long des colonnes de Morgani et vont aboutir au réseau de la muqueuse rectale que nous avons signalée plus haut. Quelques troncs *directs* traversent la couche musculuse et se rendent aux ganglions ano-rectaux et d'autres, *lymphatiques hémorroïdaux moyens* de Quénu, accompagnent l'artère hémorroïdale moyenne, et se jettent dans les ganglions hypogastriques de l'échancrure sciatique. Cette dernière voie lymphatique serait inconstante pour Gerota.

Signalons enfin que les lymphatiques de la tunique musculaire du rectum se jettent, d'après Rouvière, d'abord dans des ganglions juxta-intestinaux. De ces ganglions partent des efférents qui suivent à peu près le trajet des vaisseaux sanguins et vont aux ganglions des chaînes mésentériques supérieure ou inférieure.

Nous voyons donc que la majeure partie des voies lymphatiques du rectum se jettent dans les ganglions relativement bas situés (ganglions ano-rectaux, ganglion hémorroïdal moyen et enfin ganglions inguinaux). Les autres voies lymphatiques se portent plus haut pour se jeter dans les ganglions hémorroïdaux supérieurs et même de la chaîne mésentérique inférieure et supérieure.

Il est donc évident que l'ablation d'un rectum cancéreux doit viser également à supprimer ses voies lymphatiques, qui sont les premières à présenter une métastase. Vu la disposition relativement basse de ces lymphatiques, un curage ganglionnaire le plus large peut être réalisé par la voie périnéale.

D'autre part, il faut explorer toujours les deux régions inguinales, pour rechercher les ganglions, et, dans le cas d'envahissement ou même de doute, les enlever en totalité.

CHAPITRE II

L'AMPUTATION PÉRINÉALE DU RECTUM

Généralités.

Quelle que soit la méthode employée pour l'extirpation du rectum un certain nombre de principes doivent présider à l'acte opératoire.

« Pour obtenir un bon résultat opératoire, le chirurgien doit être sûr de sa technique et opérer sur le rectum avec les mêmes rigueurs d'asepsie qui président actuellement à la chirurgie des autres portions de l'intestin. » (Chalier et Mondor.)

Grâce au professeur Quénu, *les conditions de propreté et de méthode*, étudiées et vulgarisées par lui, la mortalité opératoire a diminué d'une façon très appréciable et on peut déjà parler à l'heure actuelle de la guérison du cancer du rectum.

En 1897, Quénu écrit dans le *Bulletin de la Soc. de Chir. de Paris*, p. 164 : « Il ne faut à aucun prix, au cours d'une extirpation rectale, ni fendre le rectum de parti pris, ni le trouer par inadvertance avec le doigt, ni placer un index dans l'anus pour la commodité de

la dénudation... C'est dans ce but que, s'il s'agit d'une amputation, j'ai recommandé de commencer l'opération par la fermeture de l'anūs, avec une soie faufilée autour de l'orifice et serrée en bourse...

Il faut enlever un rectum cancéreux, comme on enlève un kyste à contenu septique... »

C'est donc la technique et l'asepsie qui assurent le succès opératoire.

Mais, à côté de ces principes, presque aussi importants pour le succès futur, sont les soins prémonitoires de toute extirpation du rectum cancéreux. Avant donc d'étudier le procédé périnéal lui-même nous envisagerons tout d'abord cette préparation pré-opératoire.

§ 1. Les soins préalables.

Ils consistent comme nous venons de le dire en la *désinfection du rectum*.

Au premier abord, il paraît paradoxal de vouloir désinfecter un organe dont la septicité, déjà très grande à l'état normal, est encore accrue à l'état pathologique. La tumeur, obstruant la lumière intestinale, s'oppose à tout drainage naturel des voies intestinales inférieures. Elle s'accompagne bien souvent d'infections secondaires se manifestant, soit par des abcès de voisinage, soit par la rectite glaireuse ou purulente.

D'ailleurs chaque cancer présente en quelque sorte

D'ailleurs chaque cancer présente en quelque sorte Quénu « l'état microbien du rectum cancéreux diffère suivant la nature même du néoplasme ». Mais tous légitiment une désinfection pré-opératoire »

Nous disposons de plusieurs moyens de désinfecter le rectum : moyens médicaux, grands lavages rectaux, curettage et cautérisation, mais avant tout la dérivation préalable des matières. Ce dernier nous paraît tellement important que nous y insisterons un peu plus longuement.

A. La dérivation préalable des matières.

Historique. — Le principe de la dérivation des matières comme temps préliminaire de l'extirpation du rectum cancéreux date de près de quarante-cinq ans. Il fut énoncé pour la première fois par Maurice Pollosson, à la Société de médecine de Lyon, le 5 mai 1884.

Pollosson et Létievant réalisèrent cette méthode le 2 mai 1884 sur une femme de soixante et un ans. La même année, Lagnatte consacra à ce sujet sa thèse inaugurale. Développant les idées de son maître, il insista sur la nécessité de faire un anus iliaque définitif, et de le pratiquer plusieurs jours avant l'opération radicale. Prenant en considération surtout la dérivation complète des matières, il proposa avec Pollosson l'oblitération du bout inférieur, de façon à exclure définitivement et totalement le rectum. Il entrevit cependant déjà la possibilité de conserver ouvert l'orifice inférieur pour permettre la désinfection, au moyen de grands lavages de tout le segment terminal du gros intestin.

Cette méthode fut simultanément imaginée par plusieurs auteurs, qui en réclamèrent chacun la priorité.

Nous rappellerons entre d'autres James Adams, qui, le 15 août 1884, publie un article dans lequel il préconise l'an us préliminaire suivant la méthode de Callisen. De même en 1885, Weljaminoff rapporte l'idée de la pratique d'un anus contre nature, à Ivanoff. En Italie, on a attribué l'invention de la méthode à Durante. Enfin en Allemagne, elle fut pratiquée pour la première fois par Kœnig (1885) et fut surtout prônée par Schede (1887).

En France, la méthode de Pollosson fut bien accueillie. La plupart des chirurgiens ont adopté ce principe. Demons résumait assez bien l'opinion générale de son époque en disant : « Je regarde la création d'un anus artificiel provisoire comme une opération préliminaire de première utilité, pour mener à bonne fin l'extirpation des épithéliomas élevés ou étendus du rectum. » (Congrès de Chirurgie en 1895.)

De nouveau, cette question fut discutée au Congrès de Chirurgie en 1897, à l'occasion du rapport de Quénu et Hartmann. Ces deux auteurs concluaient à l'indication fréquente de l'an us contre nature préalable, à condition de faire un anus avec un bon éperon et de le situer à la jonction du côlon descendant et de l'anse sigmoïde, ou sur la partie supérieure de cette dernière.

Pollosson lui-même revint sur sa méthode. Il adoptait l'an us iliaque terminal et, en principe, l'an us définitif, abandonnant complètement l'oblitération du bout inférieur. Enfin, étendant considérablement les indications de l'an us iliaque, il écrit : « Toute ablation de cancer rectal sera précédée de l'établissement d'un

anus iliaque définitif ; en principe, il y aura peu d'exceptions à cette règle, en apparence sévère. »

Etude critique. — A l'heure actuelle que devons-nous penser de la dérivation préalable des matières ? Faut-il pratiquer systématiquement l'anus contre nature préalable et définitif, comme premier temps de l'amputation périnéale du rectum ?

Bien des critiques lui ont été adressées. Sans doute, c'est une opération anodine, mais qui a pour premier effet de retarder l'extirpation de la tumeur, de prolonger le séjour du malade au lit. Dans beaucoup de cas, l'anus préalable peut fixer une anse sigmoïde courte, et rendre l'extirpation du cancer plus difficile. Mais les inconvénients de l'anus iliaque sont surtout et avant tout, d'ordre *psychologique*.

Certains malades se refusent absolument à cette infirmité, dont ils s'exagèrent beaucoup la gravité. D'autres, porteurs d'un anus iliaque définitif, souffrent moralement (voir observation n° 15). Enfin, nous ne saurions passer sous silence le rôle de la vie sexuelle dans la discussion sur l'anus contre nature définitif.

Mais à côté de ces inconvénients, bien supérieurs sont les avantages. Le plus important de tous, c'est d'abaisser le chiffre de la mortalité opératoire en facilitant au maximum la désinfection du rectum et en éloignant de la région opératoire le courant des matières intestinales. D'autre part, la colostomie a souvent pour effet, d'un avis d'ailleurs unanime, de libérer le rectum de ses adhérences inflammatoires et de faci-

liter ainsi l'ablation des tumeurs primitivement immobiles.

Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, que la question de la continence des matières a une très grande importance pratique et morale. Or, un anus périnéal *n'est jamais ou presque jamais continent*, même si on emploie le procédé de Cunéo, ou de la forte torsion du rectum. Par contre, un anus iliaque finit presque toujours par être continent. Le malade règle au bout d'un certain temps parfaitement bien son intestin et n'éprouve aucune gêne ni sensation désagréable, causée par son anus artificiel. Bien souvent le chirurgien est appelé à pratiquer secondairement un anus contre nature, pour soulager le malade incommodé par l'incontinence complète de son anus périnéal (comme c'était le cas de la malade de l'observation n° 5). Et notamment notre maître, le professeur Lenormant, après avoir été obligé de pratiquer un anus iliaque secondaire chez quelques malades qui se plaignaient de l'incontinence de leur anus périnéal, à été finalement amené à adopter l'an us préalable systématique.

Enfin, la dérivation préalable des matières raccourcit la période de convalescence en favorisant la cicatrisation de la plaie non souillée par les fèces. Tandis que, sans avoir fait un anus préalable, les sutures périméales lâchent toujours, et ceci complique, on le comprend bien, la convalescence, « elles réussissent beaucoup plus sûrement, grâce à la dérivation complète préalable des matières ». (Lecène.)

En Allemagne, Wiesinger (1901) est un des rares partisans de l'anus iliaque définitif. Voici les arguments qu'il donne à l'appui de son opinion : « Conserver l'anus, c'est éviter au patient, souvent âgé et faible, une troisième opération ; c'est assurer le fonctionnement de l'intestin, en évitant les troubles post-opératoires (sténose, névralgies, fistules stercorales) qui accompagnent souvent le rétablissement du cours normal des matières ; mais c'est surtout retarder la récurrence et en faciliter l'extirpation. »

Dans le traitement des cancers haut situés du rectum, Lapeyer (1903) a également plaidé en faveur de l'anus contre nature définitif, combiné à l'extirpation périnéale du rectum. « Rétablir par le rectum le cours des matières, c'est provoquer à coup sûr, lors de la récurrence, la réapparition des douleurs du cancer qu'éviterait l'anus iliaque définitif. C'est aussi hâter l'évolution de cette récurrence que retarderait au contraire l'établissement de la bouche iliaque. »

Evidemment, lorsqu'il existe des signes d'occlusion, la dérivation préalable est absolument nécessaire et ne se discute pas. Mais, même si ces signes font défaut, nous croyons, vu ses immenses avantages, que toute ablation périnéale d'un rectum cancéreux doit être précédée par une réalisation d'un anus contre nature définitif.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA COLOSTOMIE GAUCHE.
ANESTHÉSIE. — On peut et on doit s'efforcer d'opérer sous anesthésie locale toutes les fois où au toucher

rectal on atteint facilement avec le doigt la limite supérieure de la tumeur. Dans le cas où cette limite se trouve plus haut, il est avantageux et même indispensable de pratiquer une anesthésie générale, afin de pouvoir aisément explorer par la plaie pariétale, l'étendue de la tumeur et par là-même, juger sur l'opérabilité du cancer.

TECHNIQUE PROPREMENT DITE. — Nous adoptons la méthode de Maydl-Reclus. Méthode très simple, d'une dérivation complète et donnant le maximum de garantie.

On pratique une incision qui commence au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure gauche, à deux travers de doigt en dedans d'elle, et qui se dirige obliquement en dehors et en haut sur une longueur de dix centimètres environ. On incise donc dans cette direction la peau, le tissu cellulaire sous-cutané. On dissocie les fibres du grand et puis du petit oblique et enfin celles du transverse. On tombe sur le péritoine, qu'on incise prudemment en confiant les bords à deux pinces.

Le péritoine étant ouvert on procède à la recherche et à l'extériorisation de l'anse sigmoïde. Dans ce but deux doigts glissés sous la lèvre externe de l'incision, gardent le contact de la face profonde de la paroi, d'avant en arrière jusqu'à la fosse iliaque où ils rencontrent l'anse accolée à cette fosse iliaque. Cette anse étant attirée en dehors, on l'identifiera aux trois caractères propres au côlon : existence de bosselures, de bandes longitudinales et d'appendices épiploïques.

On devra toujours pratiquer l'anus le plus haut possible sur l'anse sigmoïde pour ne pas gêner l'abaissement suffisant du rectum au cours de l'intervention radicale.

L'anse extériorisée doit être fixée de telle manière qu'il se constitue un *éperon* bien marqué entre le bout supérieur et le bout inférieur. Ceci est le point le plus important de l'intervention, car l'éperon bien exécuté empêchera le passage des matières dans le bout inférieur, ce qu'on cherche justement à réaliser. Pour cela, il faut attirer l'anse assez fortement en dehors de la plaie abdominale jusqu'à ce que l'on aperçoive le mésentère. On pratique dans celui-ci, au niveau du sommet de l'anse, une petite déchirure longitudinale, à travers laquelle on fait passer une tige en gomme ou en verre qui s'oppose à la rentrée de l'intestin.

Si l'intestin doit être ouvert immédiatement (cas d'occlusion ou de subocclusion) on placera quelques points qui adosseront l'intestin aux bords de la plaie, pour isoler complètement l'anse de la cavité péritonéale.

Dans le cas où l'ouverture de l'intestin ne sera pratiquée que plus tard, on se bornera simplement à la fermeture des extrémités de la plaie abdominale en y plaçant quelques points au crin de Florence.

Ouverture de l'intestin. — Le deuxième jour, les adhérences, entre l'anse extériorisée et la plaie abdominale, s'étant déjà constituées, on peut enlever la baguette trans-mésentérique. L'anse reste fixée en dehors de la cavité abdominale.

Vers le cinquième jour en général, on pratique l'ouverture de l'intestin. Ordinairement on la fait au thermo-cautère au rouge sombre sur une longueur de 2 à 3 centimètres au moins, suivant une ligne perpendiculaire à la partie culminante de l'anse. Autrement dit, l'ouverture ne doit jamais être faite au point culminant de l'anse, mais plutôt sur la partie sus-jacente, au niveau d'une bandelette si possible du bout afférent.

L'intestin étant complètement insensible à la cautérisation aucun anesthésique n'est nécessaire.

Pansement avec une compresse de gaze trempée dans l'eau bouillie tiède. La muqueuse de chaque bout se soude aux lèvres cutanées de la plaie.

On a finalement deux petits orifices en cul de poule ourlés d'une muqueuse formant bourrelet.

Si deux ou trois jours après l'ouverture de l'intestin, il n'y a pas eu de garde-robe spontanée, on donne un léger purgatif, faisant après chaque garde-robe un lavage avec de l'eau bouillie.

Nous voyons donc que dans ce procédé classique, la dérivation des matières est obtenue par la disposition des deux anses en canon de fusil, avec éperon intermédiaire. Et nous ne saurions trop insister sur l'importance et soins qu'il faut apporter à la confection de cet éperon. Enfin l'anus préalable n'aura son maximum d'efficacité que s'il précède de dix à quinze jours l'extirpation du cancer.

Suites. — Dans la majorité des cas l'anus iliaque devient spontanément continent. La question de cette continence a beaucoup préoccupé les chirurgiens et

plusieurs procédés ont été préconisés. Nous ne ferons que mentionner : le procédé *d'Hartmann* qui consiste à ne pas couper les muscles de la paroi abdominale, mais à les dissocier en réalisant ainsi un sphincter relatif. *François* d'Anvers fait sortir l'anús entre deux tunnels cutanés préalablement constitués par une autoplastie à lambeaux ; l'anús se trouve serré latéralement entre les deux branches d'un appareil compresseur.

Cunéo place l'intestin dans un décollement sous-cutané assez étendu.

Anselme Schwartz a eu l'idée de laisser une certaine longueur du bout colique émerger hors du ventre, *Lambret* imagina de l'habiller de peau, au moyen d'un lambeau cutané taillé dans la paroi abdominale. On obtint ainsi une sorte d'appendice qu'on peut couder, pincer ou simplement obturer au moyen de leucoplastie.

Hayem enfin perfectionna la technique de *Lambret* pour éviter le sphacèle.

Mais tous ces procédés sont compliqués et ne peuvent être exécutés que sur des sujets maigres et résistants. Nous croyons que dans l'immense majorité des cas, il faut préférer la méthode classique, simple et bénigne.

Les malades porteurs d'un anus iliaque définitif ne doivent jamais porter l'appareil de *Reverdin* ou d'autres. Nous croyons, d'accord avec la majorité des chirurgiens, que ces appareils qui forment une véritable ventouse sont responsables des prolapsus de l'anús

artificiel, si gênant et nécessitant parfois une intervention supplémentaire.

Une simple couche d'ouate maintenue par un bandage nous semble suffisante (sauf dans les cas de diarrhée).

Les malades arrivent facilement à régler le fonctionnement de leur intestin, ils ont une garde-robe le matin et souvent rien pendant le reste de la journée. Ils peuvent vaquer à leurs occupations et mener le plus souvent une vie normale.

B. La désinfection par les moyens médicaux.

Ces moyens, quoique très efficaces, ne sont pas toujours suffisants et ne peuvent dans aucun cas d'ampulation périnéale remplacer l'anuscéle préalable.

En pratique voici comment nous conseillons de procéder Mondor et Chalié : « Purger le malade soigneusement une huitaine de jours avant l'opération ; puis nettoyer son rectum une ou deux fois par jour au moyen de lavages antiseptiques légers (permanganate, eau oxygénée) ; pendant tout ce temps, alimentation légère, surtout liquide ; enfin faire de la *sérothérapie préventive*, en pratiquant pendant les quatre ou cinq jours qui précèdent l'opération radicale une injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum polyvalent Leclainche-Vallée ; ces injections nous ont paru atténuer la septicité rectale pré-opératoire et favoriser le succès de l'exérèse. »

C. Les grands lavages du bout inférieur.

Beaucoup plus importants sont les lavages du bout inférieur. Ceci est énormément facilité par l'anushilaque préalable. C'est d'ailleurs le seul moyen efficace pour désinfecter le rectum cancéreux et diminuer ainsi les risques opératoires de l'exérèse.

Ils doivent être faits régulièrement tous les jours, voire matin et soir, avec des solutions antiseptiques non dangereuses. Les deux meilleures paraissent être le permanganate de potasse à 1 p. 4.000 et l'eau oxygénée (un demi-litre environ d'eau oxygénée à 4 volumes dans 3 litres d'eau bouillie). Pour Quénu et Claisse l'eau oxygénée serait l'antiseptique de choix pour le rectum, car en « moussant » elle pénètre dans tous les coins de la muqueuse et dans toutes les anfractuosités de la tumeur.

Si ces lavages ont été faits avec soin, il sera inutile de purger excessivement les malades, de les soumettre au régime lacté et aux antiseptiques intestinaux (salol, naphthol).

Une seule purgation administrée plusieurs jours avant l'opération suffira.

§ 2. L'intervention radicale.

A. Préparatifs immédiats.

L'asepsie rectale obtenue par les moyens précédemment décrits, une série de précautions secondaires sont à prendre : chez les cancéreux surtout d'un cer-

tain âge, il est prudent de vérifier l'état du cœur, au besoin en le soutenant ; celui du fonctionnement du rein, en notant le degré de l'azotémie et s'il dépasse 0 gr. 50 par litre, instituer un régime avant d'opérer.

Enfin examiner les urines et rechercher l'albumine, sucre, etc. Les préparatifs immédiats de l'opération comportent d'abord le *sondage* du malade.

Chez l'homme, on laissera la sonde dans l'urètre, afin de pouvoir au cours de l'intervention repérer le canal.

On procédera ensuite à *l'asepsie de la région*. Le nettoyage doit être large : il comprendra tout le périnée (vagin compris), l'extrémité supérieure de la face interne des cuisses, et surtout la région sacro-coccygienne. En dernier lieu passer ces régions à la teinture d'iode.

B. Anesthésie.

Quant à l'anesthésie on aura recours soit à l'anesthésie générale (chloroforme, éther, balsoforme, etc.), soit à la rachianesthésie. Le professeur Lenormant préfère l'anesthésie rachidienne, parce qu'elle détermine un relâchement parfait des muscles et surtout elle est préférable à l'anesthésie générale toujours dangereuse dans ces opérations qui sont souvent d'assez longue durée. Le professeur Hartmann s'était même contenté dans quelques cas de l'anesthésie épidurale.

C. Technique opératoire proprement dite.

Nous décrirons l'amputation périnéale chez l'homme, où cette opération présente plus de difficultés que chez la femme. Nous nous bornerons ensuite à ajouter quelques faits sur cette opération pratiquée sur une femme.

L'amputation coccy-périnéale, quoique très restreinte au temps de Lisfranc, était considérée comme très audacieuse et très difficile. Sans avoir perdu de sa difficulté, elle est devenue une opération très nette, très anatomique et en même temps, si l'on n'y prend garde, une *opération large*,

Voici sur quels principes essentiels elle repose :

- 1° *Large libération du rectum*, avec sa gaine et la totalité du tissu cellulaire ou graisseux qui l'entoure ;
- 2° *Dissection méthodique, anatomique de la face antérieure*, ou face « dangereuse » ;
- 3° *Résection systématique du coccyx* ;
- 4° *Ouverture systématique du cul-de-sac péritonéal* ;
- 5° *Extirpation du rectum « en vase clos »* ;
- 6° *Important drainage et tamponnement*.

1. Chez l'homme

Position du malade. — La position adoptée par presque tous les chirurgiens est la position classique *dorsale*. Le malade, couché sur le dos, la table légèrement basculée en arrière, est disposé de telle façon que le siège dépasse l'extrémité de la table et « que l'anus

regarde au plafond ». Les cuisses sont fortement fléchies sur le bassin et écartées. Les champs de Jean-Louis Faure mis en place, une sonde béquille placée dans l'urètre, on procède à l'intervention.

Premier temps : FERMETURE DE L'ANUS ET INCISION PÉRI-ANALE. — On ferme l'anus par une suture en bourse, à l'aide d'un seul fil de lin solide faufileé circulairement autour de l'orifice anal. Les extrémités du fil serviront à opérer des tractions sur le rectum. Hartmann coupe court ce fil d'occlusion, et faufile un nouveau fil de lin, également en bourse, dont les chefs conservés longs serviront à attirer le rectum. C'est un moyen très bon et prudent, car même si les fils de traction lâchent, l'anus ne restera pas moins fermé.

On trace ensuite l'incision. Nous croyons que l'incision de Pauchet est beaucoup plus avantageuse que l'incision classique « en raquette à double manche ». L'incision de Pauchet donne en effet beaucoup plus de jour au chirurgien. Elle est en forme de coupe comprenant une branche pré-anale légèrement convexe en avant. Sur elle se greffe une autre semi-circulaire menée à deux centimètres de l'anus, en l'encerclant et enfin une incision verticale rétro-anale atteignant en arrière l'articulation sacro-coccygienne.

Deuxième temps. — La peau incisée, le bistouri repasse dans les incisions déjà tracées : il ouvre latéralement les fosses ischio-rectales en se tenant le plus en dehors possible pour éviter ces deux cavités graisseuses et en sectionnant quelques artérioles qui sont

pincées et liées immédiatement. On arrive sur le plan musculaire puissant, fixant le rectum dans le périnée.

Ce plan se compose :

1° *En avant*. — Des faisceaux superficiels transverso-bulbo-sphinctériens et des fibres profondes du muscle recto-urétral.

2° *Latéralement*. — Les puissantes fibres des releveurs de l'anus.

3° *En arrière*. — Les fibres ano-coccygiennes, émânées du sphincter et des releveurs.

Pour libérer le rectum de ce plan musculaire le procédé de Quénu et d'Hartmann reste encore le plus classique. « Le rectum étant attiré par l'aide vers la gauche du malade, l'opérateur incise prudemment à droite les faisceaux moyens du muscle (releveur) ; il les coupe à quelques centimètres de leur insertion rectale. Après cette section, les faisceaux externes se rétractent en dehors, et laissent voir l'aponévrose périnéale supérieure, blanchâtre, décollable de la face supéro-interne du muscle... »

« Cette boutonnière musculaire étant faite, et l'aponévrose périnéale étant repérée, on poursuit la section du releveur ; on incise les fibres postérieures jusqu'au coccyx ; mais en avant, on a soin de respecter les faisceaux antérieurs qui se montrent sous forme de deux bandes musculaires très épaisses, tendues au devant du rectum. On répète, à gauche, l'incision des divers plans du creux ischio-rectal et du releveur, comme on l'a fait à droite. L'opérateur introduit l'index sous la face inférieure de l'aponévrose périnéale supérieure,

et l'engage au-dessus des faisceaux antérieurs du releveur, entre le muscle et le rectum. On répète le même décollement à gauche, et lorsqu'on a ainsi isolé le rectum, saisi à pleine main le raphé ano-bulbaire et les faisceaux antérieur du releveur au ras du bulbe, l'aide tire le rectum en arrière vers le coccyx, et l'opérateur s'applique à pratiquer l'incision du raphé ano-bulbaire. » (Quénu et Baudet.)

Tel est le procédé courant. Mais même d'après Quénu et Hartmann, il est beaucoup plus simple *d'aborder la libération du rectum directement en arrière et de la continuer d'arrière en avant.*

C'est donc au coccyx qu'on s'attaquera d'abord, car sa résection désinsère la partie postérieure des attaches du rectum et ouvre un large accès sur les faces postérieures et latérales du rectum. Ceci est d'autant plus avantageux, qu'on tombe d'emblée sur les pédicules vasculaires du rectum et on les lie à leur arrivée sur l'intestin.

Quatrième temps : RÉSECTION DU COCCYX ET SECTION POSTÉRO-LATÉRALE DES RELEVEURS DE L'ANUS. — La résection du coccyx est très simple et se fait au moyen de forts ciseaux. La section doit porter le plus haut possible à la base même de l'os, mais sans avoir intéressé le sacrum. La section enfin doit être franche, non esquilleuse pour éviter les phénomènes d'ostéite. Le coccyx enlevé, la voûte ogivale des releveurs se trouve détruite. On sectionne alors aisément les releveurs des deux côtés (comme dans le procédé de Quénu et Hartmann). Le chirurgien se trouve donc en

présence d'un plan de *clivage rétro-rectal*. Le décollement postérieur du rectum est en général facile et on le fait avec la main (avec des ciseaux on risque d'ouvrir l'intestin). On aura soin de se tenir toujours le plus près possible du sacrum, que l'on *rasera* pour ainsi dire, afin d'entraîner en avant, avec le rectum, toute l'atmosphère cellulaire pré-sacrée, si riche en ganglions et lymphatiques.

Procédant ainsi on pourra remonter jusqu'à la limite inférieure du méso-sigmoïde, ou même jusqu'au promontoire.

Au cours de ce décollement et surtout pendant la résection du coccyx on lèse bien souvent *l'artère sacrée moyenne* ou ses branches, sur la face antérieure du sacrum. L'artère elle-même peut être liée, l'hémorragie provenant de ses branches est arrêtée par simple tamponnement.

Cinquième temps : LIBÉRATION ANTÉRIEURE DU RECTUM. — On confie le rectum à un aide, qui le tire en bas et en arrière, au moyen du gros fil de soie péri-anal. C'est le temps le plus délicat de l'intervention, car la séparation du rectum et de l'appareil génito-urinaire est souvent très difficile. Il faut avancer lentement et avec de grandes précautions.

L'opérateur incise le raphé ano-bulbaire près du bulbe. Il s'arrête dès qu'il n'y a plus entre ses doigts que les faisceaux du releveur.

A ce moment, le rectum est séparé du bulbe, il ne tient plus au périnée que par les faisceaux antérieurs du releveur et son aponévrose supérieure.

L'ensemble de ces plans forme de chaque côté, entre le rectum et la prostate, une sorte de lame à direction sagittale, haute de 2 à 3 centimètres, visible quand on tire le rectum en arrière. On détermine ainsi en avant de cet organe, une dépression que remplit le tissu cellulaire prérectal. Les doigts effondrent très facilement ce tissu, sans qu'il soit besoin de rien sectionner.

A mesure qu'on le refoule et qu'on le détruit, on voit apparaître successivement la face inférieure de la prostate, la saillie des vésicules séminales, la lame prostatopéritonéale, et le cul-de-sac recto-vésical.

C'est après la destruction de ce tissu cellulaire prérectal que l'on crée au devant du rectum une cavité spacieuse profonde de 3 à 4 centimètres, dont la base quadrilatère est plus large que le sommet.

L'ensemble représente donc une sorte d'entonnoir, comblée par le tissu conjonctif lâche, que l'on vient de détruire (c'est l'espace décollable de Quénu et Hartmann).

La cloison sagittale fibro-musculaire, qui forme la paroi latérale de cet espace, se tend fortement lorsqu'on tire le rectum en arrière. On la sectionne de deux côtés et l'on pince les vaisseaux hémorroïdaux moyens. La séparation du rectum en avant est achevée.

A ce moment le rectum est déjà très abaissé : 12 à 14 centimètres environ dépassent le plan périnéal. Le rectum n'est plus fixé que par les attaches péritonéales et le méso-rectum.

Sixième temps : OUVERTURE DU PÉRITOINE ; SECTION DES LAMES SAGITTALES ET SECTION DU MÉSOSIGMOIDE. — On pince le cul-de-sac péritonéal et on l'ouvre transversalement avec prudence. Parfois un liquide ascitique s'écoulera par l'ouverture, ce qui sera en général un signe de mauvais augure. Mais le plus souvent la cavité péritonéale sera parfaitement libre. Sans tarder on devra, après avoir repéré avec une pince chacune des lèvres séreuses, y glisser une longue mèche de gaze. Cette manœuvre est très importante, elle évite la pénétration du sang dans la cavité péritonéale ; elle évite aussi, si l'anesthésie n'est pas complète et le malade se met à « pousser », l'issue d'une anse grêle. On prolonge un peu l'incision du péritoine sur les parties latérales. Reste encore le méso-rectum :

L'incision du méso-rectum doit se faire méthodiquement. En tirant le rectum transversalement à droite vers l'ischion, on voit la lame gauche du méso se dessiner sous forme d'un triangle dont la pointe finit en haut sur la paroi rectale. L'aide continuant sa traction vers la droite, l'opérateur saisit le rectum entre ses doigts et place une longue pince sur la lame gauche du méso, aussi près que possible de la paroi rectale. Puis on incise entre la pince et le rectum. On pratique ainsi par échelons la section du méso-rectum, et cela des deux côtés.

Si la tumeur est très élevée, il sera nécessaire de répéter plusieurs fois cette section du méso, mais il faut se rappeler que le rectum descendra d'autant plus facilement que l'on coupera plus près de sa paroi. Au

cours de cette section, l'artère hémorroïdale supérieure sera pincée et liée.

Dès ce moment la mobilisation du rectum est à peu près complète, « il pend comme un battant de cloche à la partie postérieure, de la brèche périnéale ».

On jugera la libération du rectum suffisante lorsque la partie saine de l'intestin, celle qui se trouve au-dessus du néoplasme et sur laquelle l'excision va porter, atteint sans tiraillement l'angle postérieur de la plaie périnéale.

Si l'abaissement est jugé insuffisant, on glisse la main et les ciseaux en arrière de l'intestin, au voisinage immédiat du sacrum, et l'on remonte ainsi, en plein méso-sigmoïde, jusqu'au promontoire.

L'extrémité inférieure de l'S iliaque devient dès lors flottante : « Elle se déroule, et descend avec les vaisseaux qui cheminent dans son méso. »

Il est évident que ceci n'est possible que si l'anse oméga est longue et pourvue d'un long méso. Comme l'a bien montré Rehn, il est préférable de sectionner transversalement le pédicule hémorroïdal supérieur pour abaisser l'S iliaque, que de le conserver en exerçant sur lui des tractions qui retentissent jusque sur l'origine de l'artère mésentérique inférieure au niveau de l'aorte.

L'intestin suffisamment abaissé, il importe avant de le sectionner (manœuvre septique), de fermer le péritoine et de fixer le rectum dans le périnée.

Septième temps : FERMETURE DU PÉRITOINE, DRAINAGE PÉRINÉAL. — On retire la mèche enfoncée dans le cul-

de-sac de Douglas. On ferme cette cavité, en suturant au catgut la lèvre antérieure mobile du feuillet rétro-vésical aux faces antéro-latérales du côlon abaissé. Par une suture aussi hermétique que possible, sans qu'elle soit trop serrée ni sténosante, on isole ainsi la cavité péritonéale de la plaie périnéale et on maintient fixée l'anse sigmoïde.

Quénu et Hartmann préconisent de combler l'espace mort pré-rectal en réunissant au-devant de rectum les débris musculo-aponévrotiques, émanés des releveurs et des lames sagittales. Mais cette myoraphie est le plus souvent aléatoire, le plus souvent impossible, car elle se désunit dans les jours qui suivent l'opération.

Nous croyons que dans aucun cas elle ne doit remplacer un bon drainage antérieur.

En effet, nous ne saurons trop insister sur l'importance du drainage périnéal. Le succès même de l'opération dépend de lui, car le danger le plus grave n'est pas autant dans l'infection péritonéale, que dans la *cellulite pelvienne*. Notre maître, le professeur Lenormant, insiste sur l'importance d'un drainage très considérable. Pour cette raison, il place une longue mèche dans l'espace pré-rectal, un gros drain avec une mèche dans l'espace rétro-rectal, et, à la fin de l'intervention, il tamponne le *nouveau rectum* à la gaze.

Huitième temps : SECTION DE L'INTESTIN ET FIXATION DU NOUVEL ANUS. — La section intestinale se fera entre deux clamps, de façon à extirper le rectum « à la manière d'un kyste » ou « en vase clos ». Elle doit

porter, au moins, à deux travers de doigt au-dessus de la limite supérieure du néoplasme.

En général on tâchera de fixer le bout supérieur à l'endroit où existait l'anus primitif. Mais si l'étoffe manque, on sera obligé d'aboucher le néo-rectum en arrière de sa place normale.

Avant d'enlever la pince, on devra, par quelques points perforants, fixer l'intestin à la peau du voisinage.

La fixation du bout supérieur au plan périnéal se fera de la manière suivante : On placera quatre points en U de grosse soie, qu'on fixera à la peau du périnée. Dans les intervalles de ces points, on affrontera la muqueuse rectale à la peau avec un surjet de catgut.

Notre maître, le professeur Lenormant, pratique, sauf dans les cas où cela est impossible, l'abaissement systématique du bout supérieur et sa fixation au plan périnéal.

Enfin, on place quelques points de suture cutanée au crin, tout en laissant librement passer les mèches et le drain.

2. Chez la femme.

L'amputation périnéale du rectum est plus facile chez la femme que chez l'homme. Chez elle, en effet, le périnée est plus étalé, le bassin plus large et la cavité vaginale, étant très dépressible, augmente encore l'espace dans lequel on opère.

Mais ce qui est plus important, c'est que chez la

femme on n'a pas cette *zone dangereuse*, constituée chez l'homme par les voies urinaires ; seule la paroi vaginale postérieure risque d'être entamée, mais ceci n'a qu'une importance relative. La libération du rectum d'avec le vagin, constitue chez la femme le seul temps spécial. Sauf des cas d'adhérences, cette libération est des plus simples. Il faut seulement, au cours du dédoublement de la cloison recto-vaginale, se tenir le plus loin possible du rectum. Mieux vaut en effet endommager le vagin, que de pénétrer dans la tumeur ou dans la lumière intestinale.

Tout le reste se passe de la même façon que chez l'homme.

D. Difficultés et avantages de l'amputation périnéale.

Chemin faisant, nous avons déjà eu l'occasion de parler des difficultés de cette méthode de l'extirpation d'un rectum cancéreux. Nous ne ferons que les rappeler très brièvement.

Tout d'abord, c'est la libération de la paroi antérieure du rectum chez l'homme. Les adhérences, pas toujours néoplasiques, ne nécessitant donc pas une exérèse plus considérable, peuvent rendre difficile le décollement du rectum. Le danger n'est pas dans la prostate, mais dans l'urètre. Dans une de nos observations (observ. n° 4), nous signalons ces difficultés, qui ont même causé une lésion de l'urètre. Les vésicules séminales elles-mêmes peuvent être endommagées dans les cas où les adhérences inflammatoires viennent

les masquer aux yeux du chirurgien. Enfin, on a signalé les lésions de la prostate et de la vessie.

Quoi qu'il en soit, ces lésions sont relativement rares et peuvent être évitées si on prend les précautions de disséquer très lentement, avec prudence, et en se guidant avec la sonde-béquille préalablement introduite dans l'urètre.

Chez la femme, toutes ces difficultés n'existent pas. On peut par contre léser la paroi postérieure du vagin, mais, comme nous l'avons déjà précédemment mentionné, ceci est d'importance beaucoup moindre si on a pris la précaution de désinfecter préalablement la cavité vaginale.

D'autre part, il existe au cours de l'amputation périnéale une autre difficulté ; c'est *l'impossibilité*, pour le chirurgien, *d'abaisser le bout supérieur au périnée*. En pareil cas, nous croyons qu'il ne faut jamais abandonner l'opération périnéale et se porter vers l'abdomen, autrement dit enlever la tumeur par voie abdomino-périnéale.

L'impossibilité d'abaisser le côlon ne présente qu'un inconvénient relatif, car, par principe, le malade est porteur d'un anus iliaque définitif.

Deux solutions sont possibles. Il est bien entendu que la tumeur est largement extirpée et que le bout supérieur, incapable d'abaissement, doit être abandonné plus ou moins haut dans la plaie périnéale.

Ce qui importe au maximum, c'est de fermer soigneusement et isoler complètement la cavité péritoinéale. Ceci fait, on peut soit *suturer en cæcum le moi-*

gnon intestinal (procédé le plus logique et prudent), soit au contraire *laisser tout ouvert* et attendre une cicatrisation spontanée et lente (Kocher, Gayet, etc.).

Goullioud, Bérard et d'autres chirurgiens ont occasionnellement utilisé l'occlusion en cæcum du bout inférieur, chez des malades préalablement colostomisés.

Par contre, elle est systématiquement pratiquée par Lockhart Mummery qui, après une extirpation toujours très étendue en hauteur, ferme le bout supérieur par un double plan de suture. Tous ses malades sont porteurs d'un anus contre nature définitif. M. Lenormant n'est pas de même avis. Il préfère laisser le bout supérieur ouvert haut dans la plaie, que de le fermer en cul-de-sac.

A côté de ces difficultés, bien supérieures sont les avantages de « la périnéale » dans les néoplasmes compliqués du rectum.

Ainsi chez l'homme, les adhérences du cancer de la prostate ou même l'envahissement néoplasmique de cette glande ne constituent pas des contre-indications opératoires. Au contraire, il faut joindre à l'amputation du rectum, qui serait incomplète, l'ablation partielle ou totale de la prostate et même au besoin celles des vésicules séminales.

Cette intervention est des plus simples. Le seul écueil à éviter c'est l'ouverture de l'urètre, qui peut donner suite à des fistules urinaires rebelles. On incisera à petits coups prudents le muscle recto-urétéral et en se guidant avec le cathéter préalablement placé dans l'urètre, on sectionnera petit à petit, et de bas en

haut la prostate, en se tenant parallèlement à l'urètre, à quelques millimètres en arrière de sa face postérieure. Dans quelques cas, on arrive à extirper la totalité de la glande et à « peler » véritablement l'urètre, qui apparaît sous forme d'un canal grisâtre distendu par la sonde et presque transparent. Si, au cours de cette intervention, le canal se trouvait blessé, on tâchera de le reconstituer par des sutures au-dessus de la sonde qu'on laissera à demeure.

Dans des cas exceptionnels d'invasion diffuse de la prostate et de la partie basse de la vessie, on pourrait utiliser le procédé décrit par Léon Imbert qui consiste à joindre à l'amputation périnéale du rectum, l'extirpation totale de la prostate et résection du bas-fond de la vessie.

Chez la femme, si le néoplasme rectal a envahi la paroi postérieure du vagin, on joindra à l'amputation périnéale du rectum, *la résection partielle ou totale, de la paroi postérieure du vagin*. Cette opération ne présente aucune difficulté. Dans le cas où le cancer a envahi l'utérus, le seul traitement rationnel sera de pratiquer une amputation abdomino-périnéale du rectum avec comme premier temps, l'hystérectomie abdominale (Gouilloud).

Enfin, si jugé inopérable, on instituera la radium-thérapie.

E. Soins et accidents post-opératoires.

Comme nous le verrons plus loin, malgré les progrès actuels de la technique et de l'asepsie, l'exérèse des

cancers rectaux constitue encore une grave opération. Il ne serait donc pas inutile d'insister sur l'importance des soins post-opératoires. « Le pronostic immédiat de l'ablation des néoplasmes du rectum dépend moins de l'acte opératoire que des soins consécutifs. » (Mondor et Chaliér.)

I. *Le pansement immédiat* ne présente rien de spécial. On aura seulement soin de mettre un pansement épais, car l'opération s'accompagne toujours d'une abondante exudation séreuse et souvent sanguinolente.

II. *Soins généraux.* — L'opération, quoique beaucoup moins grave que l'abdomino-périnéale, peut avoir été longue, laborieuse et choquante. On traitera le shock, comme d'habitude, par des injections sous-cutanées de sérum artificiel, injections de caféine, huile camphrée, éther, etc... On réchauffera le malade par des bouillottes, linges chauds, etc... Dans la soirée, on évitera de faire boire le malade, en se contentant simplement de lui laver la bouche avec une eau alcaline. (Vichy p. exp.)

Quant à la douleur, elle doit être largement traitée par la morphine que l'on administrera jusqu'à trois à quatre centigrammes le premier jour à la dose d'un centigramme par injection.

Les accidents d'ordre circulatoire ou cardiaque seront traités par des médicaments toni-cardiaques (digitale, huile camphrée, etc.).

Enfin dès le début, il faudra surveiller *les fonctions urinaires*. D'une façon systématique, le professeur Lenormant applique *la sonde à demeure*, car il est

exceptionnel que le malade puisse uriner spontanément après l'intervention. La sonde servira à laver une fois par jour la vessie, avec un léger antiseptique et elle devra être changée ou enlevée le cinquième jour.

III. *Soins consécutifs.* — Du côté de la *plaie opératoire* les soins sont assez délicats. D'une façon générale, le pansement doit être renouvelé tous les jours, mais il doit être en même temps aussi simple et aussi court que possible.

On fera, si la suppuration entre en scène, des lavages périrectaux, avec des antiseptiques légers. Si cela est nécessaire, on fera un débridement aux ciseaux des lambeaux sphacelés.

Enfin le pansement sera sec et à plat. Les mèches seront peu à peu retirées de même que le drain dans l'espace rétro-rectal.

Du côté des *fonctions urinaires*, sauf ce qui vient d'être indiqué dans le chapitre précédent, des soins spéciaux sont inutiles. De même au point de vue *intestinal*. Le malade, étant porteur d'un anus iliaque, il serait indispensable de changer le pansement après chaque garde-robe.

Enfin du côté de l'*état général*, on s'occupera d'abord de la *température* du malade, car c'est elle qui indiquera le plus souvent l'apparition d'une complication infectieuse, locale, pulmonaire, phlébitique ou autre.

Toute autre manifestation d'ordre général, shock, collapsus, douleur, etc., sera traitée par des moyens habituels. Signalons néanmoins que les accidents hy-

postatiques, tels que *congestion des bases* ou *pneumonie*, seront le plus souvent évités en maintenant le malade à demi assis dans le lit et en le faisant lever le plus tôt possible.

La durée de la cicatrisation est difficile à fixer. Elle peut varier entre deux semaines et plusieurs mois. Elle est parfois très longue, même s'il ne survient aucun accident important. Cependant, on est souvent frappé de voir avec quelle facilité se cicatrisent les plaies les plus étendues et les plus anfractueuses.

F. Accidents et complications post-opératoires.

Nous étudierons brièvement les accidents et complications qui peuvent survenir après l'amputation périméale du rectum tout en indiquant comment il faut les prévenir et les traiter. Nous n'envisagerons que les accidents qui tiennent de près ou de loin, à l'opération elle-même et non au cancer (métastases, récidives, etc...). Les accidents de ces dernières feront l'objet d'une étude dans le chapitre suivant.

I. Les accidents immédiats. — Ils se produisent au niveau de la plaie opératoire.

Hémorragies. — Ce sont les accidents les plus *précoces*. Elles peuvent se produire soit dans les heures qui suivent l'intervention, soit un ou deux jours après. Les hémorragies sont dues à une hémostase défectueuse, une artère importante non liée ou une ligature qui a cédé. Bien souvent, il est impossible au chirurgien de lier une artère coupée très haut, il est dans ces cas

obligé de laisser une pince hémostatique à demeure dans la brèche périnéale. Enlevée trop tôt, l'hémorragie peut se produire.

Quoi qu'il en soit si l'on est prévenu assez tôt, on arrête toujours l'hémorragie, soit en pinçant l'artère si elle est visible soit en tamponnant soigneusement la plaie.

On a signalé des cas d'hémorragie foudroyante où le péritoine n'étant pas fermé, le malade a succombé d'une hémorragie interne au bout de 24 heures. A l'autopsie, on a trouvé 2 litres de sang dans la cavité péritonéale (malade de Ricard).

Mais ces hémorragies foudroyantes sont rares. Beaucoup plus redoutables sont les hémorragies moins abondantes, mais à répétition. Ce sont en général les *hémorragies secondaires*, par *infection*, survenant plusieurs jours après l'opération.

C'est en effet *l'infection locale*, qui constitue la grande complication post-opératoire.

Infection opératoire, elle est due à une faute d'asepsie du chirurgien, aides ou instrument d'ailleurs à l'heure actuelle relativement rare. Mais le plus grand danger est dans la déchirure du rectum au niveau de la tumeur au cours de l'intervention.

Nous avons insisté sur l'importance d'extirper le rectum « en vase clos » ou comme « un kyste à contenu septique ».

Cette déchirure est la grande cause de l'infection grave et même mortelle.

Il faut donc à tout prix éviter cet accident fâcheux.

Cela n'est pas toujours facile, car souvent la tumeur a provoqué une fragilité considérable de la paroi rectale et la moindre traction un peu plus forte déchire l'intestin.

Encore ici nous profiterons de l'occasion pour répéter que le salut dans ces cas est dans un très large drainage.

Le plus souvent l'infection est post-opératoire et due à un suintement septique par l'anus périnéal, ou d'un manque de précautions aseptiques dans les soins pendant la période de la cicatrisation. D'où la nécessité de considérer les pansements de la plaie périnéale comme une véritable intervention et de ne la faire qu'avec toutes les précautions d'une asepsie rigoureuse. Enfin nous ne saurions trop insister sur les avantages de l'anus iliaque, qui permet de garder, même fermé, l'anus périnéal pendant les premiers jours qui suivent l'opération et éviter ainsi la souillure du pansement par les matières.

L'infection affecte des degrés fort variables dans son intensité. Et si, dans certains cas, elle se présente sous une simple forme des lésions érythémateuses, dans d'autres cas elle prend une allure d'infection grave et mortelle.

Dans les cas légers tels que *suppuration* de la plaie interfessière, le tout se limite en général à une suppuration minime qui élimine quelques lambeaux de tissu sphacélé ; la cicatrisation est simplement retardée.

Mais l'infection peut se présenter sous forme d'un véritable *phlegmon diffus*, qui donne rapidement un

tableau d'une grave infection : température à 39°, 40 °, pouls rapide, facies péritonéal ; la mort survient en quelques jours, soit par toxi-infection, soit par péritonite, par propagation.

Le traitement de ces infections consistera dans l'ouverture large de la plaie ; abondantes irrigations d'eau oxygénée et dans la *sérothérapie* (sérum polyvalent de Leclainche et Vallée). Mais malgré ce traitement, institué même tôt, le phlegmon diffus a presque toujours une évolution fatale.

La péritonite vraie est infiniment plus rare. Moins fréquente encore depuis qu'on renferme systématiquement le péritoine après l'abaissement du rectum avant son amputation. Mais elle est loin d'être exceptionnelle et bien souvent les accidents mortels post-opératoires étiquetés : collapsus, shock, occlusion, etc., ne sont en réalité que *des péritonites plus ou moins frustes*, évoluant à bas bruit.

Enfin, signalons que *la cellulite pelvienne* dont nous avons déjà eu l'occasion de parler est une complication aussi redoutable que la péritonite.

Les autres complications immédiates post-opératoires sont beaucoup moins graves et d'ordre secondaire. Telles, par exemple, les *complications urinaires*, qui, très fréquentes il est vrai, se limitent dans la majorité des cas à une *retention d'urine passagère*, plus rares sont les *cystites* consécutives à des troubles trophiques de la vessie, de même les fistules urinaires sont beaucoup plus rares encore.

Quant aux *complications intestinales*, elles sont ex-

ceptionnelles après une amputation périnéale du rectum avec anus iliaque préalable. Tandis qu'on en constate assez souvent après une « abdomino-périnéale » sans anus préalable. Elle sont surtout d'ordre occlusif et notamment nous en publions une observation très caractéristique (observ. n° 23).

Nous signalerons pour terminer que les accidents post-opératoires peuvent être d'ordre général. Ce sont les complications cardiaques, pulmonaires, phlébitiques, etc. Nous avons déjà indiqué comment on doit les prévenir.

En résumé, nous voyons que l'accident immédiat post-opératoire le plus redoutable est *l'infection* et en effet dans la plupart des statistiques c'est elle qui occupe la place prédominante. Nous n'en citerons qu'une : la statistique de Kocher (1906).

20 cas de morts opératoires révèlent les causes suivantes :

Péritonite, 6 fois

Infection, 7 fois.

Complications pulmonaires, 3 fois.

Hémorragies, 2 fois.

Intoxication iodoformée, 1 fois.

Infection urinaire, 1 fois.

Il s'agit donc dans 75 p. 100 des cas, d'infection locale ou générale.

II. *Les accidents éloignés*. — Nous nous bornerons simplement aux accidents éloignés locaux survenant au niveau de l'anus périnéal. Ce sont la sténose, l'éversion simple de la muqueuse et le prolapsus vrai.

La sténose ano-rectale ne nous occupera pas longtemps, car presque constante (d'origine cicatricielle) elle ne présente aucun inconvénient pour les malades qui sont porteurs d'un anus contre nature. Nous ne le signalons que pour montrer un avantage de plus à pratiquer systématiquement une dérivation définitive des matières sous forme d'un anus artificiel.

L'éversion simple de la muqueuse, autrement dit *l'ectropion anal*, est important à connaître, car assez fréquente, elle n'est souvent que le premier pas du prolapsus vrai.

Enfin, *le prolapsus*, complication plus sérieuse et gênante. Nous en signalons dans nos observations trois cas, dont un très rebelle, où malgré plusieurs interventions consécutives, le prolapsus persiste et gêne beaucoup la malade. En général, ces prolapsus sont peu marqués, mais dans certains cas (rares chez les malades colostomisés) il peut atteindre une longueur de 8 centimètres et plus.

CHAPITRE III

LES RÉSULTATS DE L'AMPUTATION PÉRINÉALE DU RECTUM

Nous étudierons dans ce chapitre les résultats de l'amputation périnéale du rectum cancéreux, obtenus par un certain nombre de chirurgiens, dont l'autorité est certaine.

Nous y ajouterons notre statistique personnelle, recueillie dans les services de nos maîtres, le professeur Lenormant et le docteur S. Banzet.

Cette étude nous permettra de savoir quelle est la gravité opératoire et la valeur curatrice de la *méthode périnéale*.

A. La gravité de l'acte opératoire.

Un des éléments et non des moindres qui influent sur les résultats éloignés de l'opération, c'est évidemment la gravité relative de cette opération, en d'autres termes, *la mortalité opératoire*.

Le nombre des guérisons durables dépend du nombre des malades qui échappent à l'intervention.

Nous nous efforcerons de formuler en chiffres la mortalité opératoire de « la périnéale » en nous basant sur une étude statistique, dont les données ont été publiées depuis 1900. Ces statistiques sont soit citées déjà par Mondor et Chalier, soit présentées au XXXIV^e Congrès de Chirurgie à Varsovie et enfin par notre statistique personnelle.

Chalier et Mondor font remarquer que « *d'une façon générale, ce sont les opérations par la voie basse qui ont la plus faible mortalité* ».

Et nous nous empressons d'ajouter que parmi les opérations par voie basse, c'est la voie périnéale qui compte la plus faible mortalité.

Cette mortalité opératoire varie suivant les chirurgiens et si les uns ont encore une mortalité assez élevée, les autres et surtout dans ces dernières années sont arrivés à diminuer cette mortalité jusqu'à l'annuler complètement.

Gaudier a dépouillé 1.400 cas d'amputation périnéale et trouve une mortalité qui oscille entre 18 % à 20 %.

Chalier et Mondor réunissent des statistiques d'un certain nombre de chirurgiens :

Schede (1901)	22,58 %
Czerny (1902)	12,64 %
Depage (1904)	20 %
Kocher (1906)	24,09 %
Hartmann (1908)	10,8 %

D'après cette statistique, on voit que la mortalité se

maintient aux environs de 20 %. Delore et Chaliel (1907) présentent dans leur statistique une mortalité de 10,5 %. Enfin Depage et Mayer (1909-1912) l'abaissent jusqu'à 5,4 %.

Mais certains chirurgiens ont pu l'abaisser singulièrement.

Lockhart Mummery par exemple qui de 12 % en 1915 tombait à 0 en 1920. De même Miles présente dans sa statistique une mortalité opératoire 0. A la clinique Mayo, la mortalité tombait de 17 % en 1910-13 à 12,5 % en 1913-16 (XXXIV^e Congrès de Chirurgie).

En enfin, dans notre statistique personnelle, sur 22 cas d'amputation périnéale exécutés par MM. Lenormant, Wilmoth et S. Banzet, nous n'avons *aucun décès opératoire*.

Nous voyons donc que, depuis l'amélioration de la technique opératoire, la mortalité opératoire tend à diminuer et nombreux sont les services où elle descend jusqu'à 0.

Plusieurs facteurs s'associent pour améliorer cette statistique.

Tout d'abord l'amputation périnéale elle-même, comme nous le verrons plus loin, est une opération simple et beaucoup moins grave que tout autre procédé. Il est évident qu'avec l'amélioration de la technique, cette opération, devenue de plus en plus simple, de plus en plus anatomique, exposait le malade de moins en moins aux risques opératoires.

D'autre part, le diagnostic plus précoce des cancers du rectum a certainement contribué à améliorer les

statistiques surtout en ce qui regarde les résultats éloignés.

Ainsi en comparant pour les mêmes chirurgiens les résultats de deux périodes, 1900-1910 et 1910-1920 on arrive globalement aux chiffres suivants (34^e Congrès de chirurgie) :

	<i>Opérabilité</i>	<i>Date de l'opération</i>	<i>Mortalité op.</i>
	—	—	—
Première période	45-55 %	10-16 mois	20-25 %
Deuxième période	60-74 %	4-12 mois	12-16 %

Et si nous y ajoutons les résultats immédiats obtenus par Miles, Mummery, Lenormant, l'amélioration de la statistique de la mortalité opératoire prendra une importance digne à elle seule de plaider en faveur de l'amputation périnéale du rectum cancéreux.

Signalons les autres facteurs qui semblent contribuer à l'amélioration de cette statistique.

La colostomie préalable paraît avoir influencé pour beaucoup cette amélioration; nous avons dans le chapitre précédent longuement insisté sur l'importance de la dérivation préalable des matières. Cependant certains chirurgiens ne la pratiquent pas systématiquement. C'est peut-être un tort !

Nous avons également beaucoup insisté sur l'importance de la *préparation* du malade et les *soins post-opératoires*. Les résultats immédiats de l'amputation périnéale dépendent beaucoup et d'une façon certaine de ces précautions. Sans être paradoxal, on pourrait dire avec Chalier et Mondor que *le pronostic immédiat*

de l'ablation des néoplasmes du rectum dépend moins de l'acte opératoire que des soins consécutifs, qui sont d'ailleurs dans les cas de « périnéale » des plus simples.

B. Valeur curatrice de l'amputation périnéale.

Sans entrer dans les considérations historiques nous pouvons à l'heure actuelle parler de guérison du cancer rectal et Finet, un des premiers en France, a consacré un important travail à la *curabilité* de cette affection.

Il est évident qu'on ne peut jamais parler d'une *guérison radicale* ou *définitive*, car le malade n'est jamais à l'abri des récidives et des métastases. C'est pourquoi il est préférable d'employer l'expression de *guérison durable*.

Mais que faut-il comprendre *par guérison durable* ?

A partir de quelle date peut-on appeler une guérison durable ?

D'après Volkmann, Krœnlein et d'autres chirurgiens allemands, « on peut parler de guérison durable toutes les fois que l'opéré a vécu sans récidive ni métastase, pendant un délai d'au moins trois ans, à partir du moment où il a été débarrassé de son cancer ». Ce délai de trois ans est le « Kritische Triennium » des auteurs allemands.

Pour Lecène ce délai serait de quatre ans.

Il est évident que la guérison durable dépend beaucoup de l'opérabilité du cancer du rectum. Il y a même

une corrélation assez étroite entre le pourcentage de l'opérabilité et celui des guérisons durables.

A ce sujet Mondor et Chaliér rapportent une statistique très probante.

	<i>Guérison durable</i>	<i>Opérabilité</i>
Madelung-Garré	11,3 %	46,08 %
Krœnlein	16 »	57,27 »
Kuster	16,8 »	75,39 »
Bergmann	17,4 »	80,65 »
Kocher	25,75 »	67,48 »
Rötter	27 »	70,9 »

« *Les résultats durables* — écrit Gaudier dans son rapport au 34^e Congrès de chirurgie (Varsovie) — atteignent pour les opérations périnéales, 13 p. 100; pour les opérations coccygiennes, 24 p. 100. L'anús iliaque définitif paraît avoir là aussi amélioré les résultats, 2 à 3 p. 100 (Miles)... Après *cinq ans* les résultats durables tombent à 5, à 7 p. 100. Après *dix ans* — à 3 pour 100. »

Mais même au point de vue des résultats éloignés, est survenue une très grande amélioration. Ceci est grâce à la colostomie et surtout grâce à ce fait, que l'amputation périnéale est devenue une opération large, ayant pour but d'enlever « tout le mal ».

Miles a groupé en 4 stades les opérations qu'il pratiquait par voie périnéale. Comparant les résultats obtenus parallèlement avec l'amélioration de sa technique et surtout l'exérèse plus large et plus complète il est arrivé aux mêmes conclusions.

Nous ne croyons pas inutile de reproduire ici sa statistique :

I^{er} groupe. — Opération limitée :

Mortalité opératoire 0;

Guérisons durables 0.

II^e groupe. — Colostomie préalable, section de l'intestin à une hauteur insuffisante, section des releveurs, trop près du rectum :

Mortalité opératoire 0;

Guérisons (plus que 5 ans) 6,7 p. 100.

III^e groupe. — Colostomie, ablation complète des releveurs et de la graisse ischio-rectale, section plus haut de l'intestin :

Mortalité opératoire, 7,6 p. 100;

Guérisons (plus que 5 ans), 8,4 p. 100.

IV^e groupe. — Section de l'anse omega avec ablation des ganglions plus haute, ainsi que du mésocôlon pelvien (résection coccygienne et même si cela était utile sacrée) :

Mortalité opératoire 0;

Guérisons 5,6 p. 100.

Chalier et Mondor rapportent une statistique globale des résultats éloignés de l'amputation périnéale :

Schede, 12,5 p. 100 de guérisons durables;

Krœnlein, 16 p. 100 de guérisons durables;

Kuster, 21,5 p. 100 de guérisons durables;

Kocher, 25,75 p. 100 de guérisons durables;

Soit en moyenne 18,5 p. 100 de guérisons durables.

Mais depuis la statistique s'est beaucoup améliorée.

En 1931 tout récemment le professeur Hartmann pu-

blie dans son livre *Chirurgie du rectum* sa plus récente statistique, concernant 75 amputations périméales du rectum cancéreux.

Sur ces 75 cas nous trouvons :

15 morts (sans récidives) des affections intercurrentes :

- 1 au bout de vingt ans;
- 1 au bout de douze ans;
- 1 au bout de onze ans;
- 1 au bout de huit ans;
- 1 au bout de sept ans;
- 1 au bout de six ans;
- 1 au bout de cinq ans;
- 2 au bout de deux ans;
- 4 au bout de un an;
- 2 au bout de sept mois.

18 morts de récidives ou métastases :

- 1 au bout de cinq ans;
- 2 au bout de quatre ans;
- 5 au bout de trois ans;
- 4 au bout de deux ans;
- 5 au bout de un an;
- 1 au bout de quelques mois.

5 morts de cause inconnue :

- 1 au bout de trois ans ;
- 1 au bout de deux ans;
- 3 au bout de un an.

8 sont vivants, mais présentent une récidive :

- 1 au bout de six ans;
- 3 au bout de cinq ans;
- 1 au bout de trois ans;

1 au bout de deux ans;

1 au bout de un an;

1 au bout de six mois.

29 guérisons sans récidive (vivants) :

1 datant depuis dix-huit ans;

4 datant depuis dix ans;

2 datant depuis neuf ans;

1 datant depuis six ans;

3 datant depuis cinq ans;

3 datant depuis quatre ans;

4 datant depuis trois ans;

4 datant depuis deux ans;

5 datant depuis un an;

1 datant depuis cinq mois.

D'après cette statistique nous voyons que :

1° Sur 75 cas il y avait 13 guérisons complètes et 7 guérisons cliniques (car ces malades sont morts sans récidive) datant depuis au moins 5 ans. Ceci représente 26,6 p. 100 ;

2° D'autre part nous notons sur 75 cas suivis, 19 guérisons complètes et 7 cliniques, datant depuis 3 ans au moins. Ceci représente 34,6 p. 100 ;

3° Enfin la fréquence de récidives dans la statistique d'Hartmann est 26 récidives sur 75 amputations = 34,6 p. 100.

Mais écoutons ce que dit Hartmann lui-même au sujet de ces récidives :

« La fréquence des récidives dans le tissu cellulaire pelvien, qui frappe à la lecture de nos observations, s'explique par ce fait, que nous n'avons pas tenu

compte, comme nous aurions dû le faire, des recherches anatomiques et anatomo-pathologiques faites dans ces dernières années...

« Il me semble certain que si l'on passe en avant de l'aponévrose de Denonvilliers, si on prend soin, au voisinage des vésicules séminales, de lier l'hémorroïdale moyenne à distance, si chez la femme on résèque la paroi postérieure du vagin, on améliorera considérablement les résultats éloignés. »

Et voici les résultats éloignés des cas que nous rapportons dans notre statistique personnelle. Nous publions 22 observations, concernant des malades opérés d'un cancer du rectum par la voie périnéale, par :

16 amputations par M. Lenormant.

5 amputations par M. Wilmoth.

1 amputation par M. S. Banzet.

22

Sur ces 22 cas, six n'ont pas été colostomisés, chez les seize autres, on a pratiqué un anus iliaque gauche définitif. Nous avons déjà signalé que la mortalité opératoire est dans notre statistique 0.

Résultats éloignés. — Nous tenons à souligner que sur ces 22 cas nous rapportons un cas de sarcome du rectum, qui a d'ailleurs récidivé très rapidement et a entraîné la mort.

Notre statistique vraie portera donc désormais seulement sur 21 cas :

3 sont perdus de vue ;

2 morts de cause inconnue, un, date inconnue, et un au bout de 1 an et 4 mois ;

6 morts par récidives, généralisation ou cachexie, au bout de 5 mois, 9 mois, 19 mois, 15 mois (ganglions de l'aîne), 2 ans, 2 ans ;

1 est encore vivant, mais il présente une récurrence locale (dans la fosse ischio-rectale). Après 2 ans et 7 mois ;

1 est mort sans récurrence après 3 ans (hémorragie cérébrale) ;

7 guérisons sans récidives : 7 ans, 7 ans, 6 ans, 3 ans, 3 ans, 2 ans et 3 mois, 1 an.

Enfin, 1 est en traitement dans le service.

Nous voyons donc que :

1° Sur 8 opérés depuis 5 ans et plus et suivis nous notons trois guérisons, ce qui représente 37,5 p. 100 de guérisons de plus de 5 ans ;

2° Sur 11 opérés depuis 3 ans au moins et suivis : 5 guérisons et une guérison clinique car le malade est mort sans récurrence d'une hémorragie cérébrale, donc 6 sur 11, ce qui représente 50,5 p. 100.

Nous voyons donc que les résultats de notre statistique sont très encourageants et plaident en faveur de la méthode périnéale. Mais avant de conclure nous comparerons nos résultats avec ceux obtenus par les autres méthodes. Nous abordons ainsi le dernier chapitre de notre étude.

CHAPITRE IV

COMPARAISON DE LA MÉTHODE PÉRINÉALE AVEC LES AUTRES MÉTHODES

Nombreuses sont les méthodes de l'amputation du rectum cancéreux. Nous avons déjà mentionné les principales chemin faisant. Il nous est impossible d'analyser toutes les méthodes qui ont été préconisées. La plupart sont des méthodes soit abandonnées par plusieurs chirurgiens, soit des méthodes tout à fait spéciales et applicables seulement dans les cas exceptionnels.

1. Les opérations par voie sacrée. — Opération de Kraske.

Cette méthode très en faveur en Allemagne même semble-t-il actuellement, n'a jamais été très pratiquée en France. Certains chirurgiens français après avoir adopté cette méthode, l'ont vite abandonnée comme par exemple Quénu.

Nous, personnellement, n'avons pas d'expérience, n'ayant jamais vu exécuter cette méthode. Nous croyons donc inutile de produire des statistiques.

2. La résection abdominale pure. — Opération d'Hartmann.

Nous ne pouvons pas non plus discuter cette méthode, car étant un moyen d'exérèse des cancers recto-sigmoïdiens, applicable seulement dans les cas spéciaux (tumeur située très haut sur l'anse oméga par exemple) il est impossible de la comparer avec la vraie périnéale.

3. Exérèse avec conservation du sphincter. Procédé de Cunéo.

Opération peu courante.

4. L'abdomino-périnéale.

Reste comme nous le voyons la méthode d'exérèse par *voie combinée*. Et toute notre discussion se bornera à comparer les résultats obtenus par l'amputation périnéale et l'abdomino-périnéale.

A. Comparaison des résultats immédiats.

Au point de vue de *la mortalité opératoire* il est indiscutable que l'avantage est du côté de la « périnéale ».

Nous avons vu que la mortalité opératoire de l'amputation périnéale du rectum a diminué d'une façon considérable et on est arrivé à l'abaisser à 0 non seulement en France mais à l'étranger aussi.

Voyons maintenant la mortalité opératoire de « l'abdomino-péritonéale ».

La première statistique concernant la mortalité opératoire de la méthode combinée est celle que Quénu et Hartmann ont publiée en 1899.

Voici les détails de cette statistique :

Czerny	1 cas, 1 mort.
Gaudier.....	1 cas, 1 mort.
Chalot	1 cas, 1 mort.
A. Reverdin	1 cas, 1 mort.
J. Boeckel.....	1 cas, 1 guérison.
Giordano	1 cas, 1 guérison.
Quénu	8 cas, 4 guérisons, 4 morts.
C. Schwartz.....	1 cas, 1 guérison.
Pyle	1 cas, 1 guérison.

Au total, sur 16 cas, il y avait 8 décès; donc la mortalité énorme de 50 p. 100.

En 1903 Gross relève 22 cas avec 9 décès soit 40, 9 pour 100.

En 1904 Manuel (Thèse) relève 66 cas avec 23 morts soit une mortalité de 34,85 p. 100.

En 1913, Chalié et Perrin réunissent 208 cas. Dans cette statistique très étudiée, la mortalité opératoire oscille entre 21,42 p. 100 et 69,23 p. 100. La moyenne présente le chiffre très élevé de 40,86 p. 100.

Voici les détails de cette statistique :

<i>Chirurgiens</i>	<i>Nombre de cas opérés</i>	<i>Nombre de décès post- opératoires</i>	<i>Taux de la mortalité %</i>
Berg (1907)	12	6	50
Gouilloud (1912)	14	3	21,42
Hartmann (1912)	18	9	50
Hochenegg (1908)	8	5	62,5
Ito (1908)	8	3	37,5
Jonnesco (1908)	13	9	69,23
Kraske (1906)	10	4	40
Kummell (1906)	14	6	42,8
Lecène (1912)	6	1	16,66
W. et C. Mayo (1908) ..	26	7	26,92
E. Miles (1908)	12	5	41,6
Payr (1912)	14	3	21,42
Quénu (1911)	13	6	46,15
Riese (1912)	16	6	60
Rotter (1906)	22	9	40,99
Tuttle (1908)	8	3	37,50
Total	208	85	40,86 en moyenne

En 1925, Hartmann relève sur 73 amputations abdomino-périnéales 38 morts post-opératoires, soit 52 pour 100.

Enfin, Schwartz, en 1925, arrive au Congrès de chirurgie avec 201 cas et une mortalité opératoire de 26,8 p. 100.

Nous insérons dans le chapitre des observations 6 cas inédits d'amputation abdomino-périnéale. Les résultats sont franchement mauvais. Car tous sont morts au bout de 24-48 heures.

Nous croyons qu'il est inutile de préciser davantage. Il est évident que l'abdomino-périnéale est une opération grave et jusqu'à présent très *meurtrière*.

Si par la systématisation de la méthode périnéale on

est arrivé à abaisser notablement la mortalité opératoire, les résultats immédiats de l'amputation abdomino-périnéale, malgré les perfectionnements qu'on a apportés à cette méthode, la mortalité opératoire reste encore à l'heure actuelle très élevée.

B. Comparaison des résultats éloignés.

Au 34^e Congrès de chirurgie, où la question a été mise à l'ordre du jour, M. Schwartz dans son exposé a dit: « Si plus de malades succombent à l'opération combinée, le pourcentage des résultats éloignés est supérieur aux résultats des opérations simples. »

Mais si nous consultons les dernières statistiques nous verrons que ce pourcentage de guérisons durables est loin de compenser la mortalité opératoire.

Quels sont les résultats éloignés de l'abdomino-périnéale ?

Chalier et Perrin annoncent une guérison de 16,8 pour 100.

Schwartz rapporte une statistique relevée chez plusieurs chirurgiens. Voici les détails:

Villard	33	p. 100 de guérisons durables ;
Vautrin	21	p. 100 de guérisons durables ;
Mocquot	31	p. 100 de guérisons durables ;
A. Schwartz....	37	p. 100 de guérisons durables ;
Gouillioud	35,7	p. 100 de guérisons durables ; (mais 4 récurrences tardives après 3 ans) ;
Cunéo	45,5	p. 100 de guérisons durables ;

Tixier 46 p. 100 de guérisons durables

(mais 2 récidives tardives) ;

Brin 38 p. 100 de guérisons durables.

C'est ce qui représente une moyenne de 36 p. 100 de guérisons durables.

Il est évident que si le malade survit à l'intervention abdomino-périnéale, il peut présenter une guérison durable plus longue qu'après une extirpation périnéale. Mais malheureusement ce n'est pas la règle et on ne peut pas consacrer la grosse mortalité opératoire au profit de la guérison durable.

D'ailleurs l'amputation périnéale compte aussi une guérison durable qu'on ne peut pas négliger. Nous avons vu que pour Kuster elle est 21,5 p. 100. Pour Kocher 25,75. D'après notre statistique nous avons une guérison de plus de 3 ans égale 50,5 p. 100) et de plus de 5 ans 37,5 p. 100.

Enfin, nombreuses sont les observations où les malades opérés par la voie périnéale ont vécu très longtemps après (dix, douze, quinze et dix-huit ans) sans présenter de récidive.

Nous ne sommes pas d'ailleurs les seuls à présenter une statistique si encourageante. Lockhart Mummery, trouve dans sa statistique d'opérations périnéales, que sur 114 opérés par amputation périnéale, 57 sont restés guéris, soit exactement 50 p. 100, pendant plus de 5 ans.

Et voici ce que nous dit le professeur Hartmann dans son récent livre sur la chirurgie du rectum : « Après l'amputation abdomino-périnéale, nous avons

obtenu un nombre un peu plus grand de bons résultats éloignés qu'après la simple amputation périnéale, 56 p. 100 au lieu de 50 p. 100. Mais la mortalité immédiate a été beaucoup plus élevée, si bien que *le pourcentage des cancéreux opérés et guéris est finalement moindre après l'amputation abdomino-périnéale qu'après l'amputation périnéale*. La voie périnéale simple permet en réalité d'aller beaucoup plus haut qu'on ne le pensait autrefois ; elle permet non seulement d'enlever l'ampoule, mais d'abaisser le côlon pelvien au périnée ou même de l'enlever, lorsqu'on a, comme Lockhart Mummery, établi préalablement une colostomie iliaque définitive.

Aussi, comprend-on que, comme nous, Lockhart Mummery en Angleterre, Michel, Guibal et Remy en France, après avoir pratiqué pendant un certain temps l'amputation abdomino-périnéale, soient revenus à la périnéale simple. »

Par conséquent sans faire courir au malade le danger de l'abdomino-périnéale, nous pouvons le faire bénéficier d'une guérison durable, en l'opérant par la voie périnéale.

OBSERVATIONS

Extirpations périnéales du rectum.

Obs. 1. — Madame B..., sans profession, âgée de 65 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 2 août 1906, pour des douleurs et quelques hémorragies rectales.

Le début de ces accidents remonte à environ 3 mois. Effectivement la malade se plaint de douleurs assez vives et présente des hémorragies noirâtres. Pas de signes d'occlusion.

Au toucher on constate une tumeur ulcérée et mobile, occupant toute la circonférence du rectum, immédiatement au-dessus de l'anus (4-5 cm. au-dessus de l'anus). donc la partie périnéale du rectum.

Opération le 4 août 1906. Anesthésie au chloroforme.

Fermeture de l'anus en bourse. Incision péri-anale et périnéale post. allant jusqu'au coccyx, qui n'est pas réséqué. Libération facile des faces post. et latérales de l'intestin. Mais en avant, en décollant le rectum du vagin, l'intestin se déchire néanmoins on achève le décollement et on refoule le cul-de-sac péritonéal sans l'ouvrir.

Section circulaire du rectum au-dessus du néoplasme (le segment rectal enlevé mesure de 7-8 cm.). Fixation du bout supérieur à la peau. Fermeture de la partie post. de l'incision cutanée. Un drain en avant du rectum, entre lui et le vagin. Drain et mèche dans le rectum.

Suites opératoires satisfaisantes. Lavage de la plaie tous les jours.

Le 9 août on change le drain rectal. Le drain prérectal est enlevé et remplacé par une mèche. La suture muco-cutanée est en grande partie désunie, mais la cicatrisation se fait régulièrement par bourgeonnement.

La malade quitte l'hôpital le 1^{er} septembre en bonne voie : cicatrisation non terminée. Fonction rectale régulière. Continence relative.

Revue le 8 avril 1907. Pas de récurrence. Anus continent. Un peu de tendance au prolapsus de la muqueuse. La malade a engraisé et se porte très bien.

Au mois de *septembre*, même année, la malade revient. Elle se porte toujours bien, mais le petit prolapsus muqueux la gêne, et elle demande à en être débarrassée.

Le 17 septembre 1907. On pratique chez elle l'opération de Thiersch. Un fil de bronze est faufilé tout autour de l'anus périnéal et noué sur un doigt introduit dans l'anus. Le nœud est enfoui par un point au crin. Purgée le 21 septembre. Infection du trajet. Le fil, en voie d'élimination, est enlevé le 24 septembre. La plaie de la malade n'est pas complètement cicatrisée le 29.

Revue en parfait état, sans récurrence, le 13 juin 1910. Le prolapsus muqueux persiste toujours, mais n'a pas augmenté.

La malade est revue bien portante ne présentant aucune trace de récurrence en 1913.

Obs. 2. — Madame G... Elisabeth, âgée de 45 ans, ménagère, entre à l'hôpital Saint-Louis dans le service du Prof. Lenormant le 7 septembre 1908. On constate un cancer de l'ampoule rectale, siégeant immédiatement au-dessus de l'orifice

anal. L'ulcération, large et profonde, à bords durs, n'occupe, que la moitié postérieure du rectum; la semi-circonférence antérieure est saine. La tumeur paraît mobile et n'adhère pas aux organes voisins. Le doigt en reconnaît mal la limite supérieure. Aucun phénomène de sténose, mais douleurs, hémorragies, pertes glaireuses. Bon état général. Opération le 17 septembre 1908. Anesthésie au chloroforme. Suture en bourse de l'anus. Incision transversale prérectale et section du muscle ano-vaginal : on décolle le rectum du vagin. On prolonge ensuite l'incision en circonscrivant l'anus, puis, en arrière, sur la ligne médiane jusqu'au sommet du coccyx, qui n'est pas réséqué. On achève le décollement sur les côtés et en arrière (section des hémorroïdales inférieures). On libère ensuite et on coupe après les avoir fixés dans une pince, les releveurs de chaque côté; on coupe et on lie les hémorroïdales moyennes et plusieurs artérioles vagino-rectales. On décolle aussi haut que possible le rectum en avant et en arrière. En avant on va jusqu'au cul-de-sac péritonéal qu'on refoule sans l'ouvrir. En arrière on lie l'artère hémorroïdale supérieure et on enlève deux ganglions rétro-rectaux envahis.

Constatant alors par la palpation que l'intestin est libéré et se laisse attirer bien au-dessus de la tumeur on le coupe entre deux clamps à 15 mm. environ du bord supérieur du néoplasme. De chaque côté on fixe les restes des releveurs, par un point de catgut, aux faces latérales du bout intestinal supérieur un peu au-dessus de la section. Puis on fixe la branche elle-même par les points cardinaux en U (forte soie) à la peau : on ourle ensuite la muqueuse à la peau tout autour du nouvel orifice, par de petits surjets à la soie fine. Suture de l'incision cutanée, en avant et en arrière du nouvel anus en laissant le passage, en arrière d'un drain remontant dans la zone rétro-rectale, en avant, d'une mèche tamponnant

l'espace inter-vagino-rectal. Drain non perforé dans le rectum.

Suiles. Mèche et drain changés au bout de 48 heures; on supprime le drain rectal.

Les jours suivants la plaie se désunit surtout en arrière (tamponnement). La muqueuse rectale se sphacèle en partie et les fils cutanéomuqueux coupent, de telle sorte que la muqueuse remonte à 3 cm. environ. Garde-robes à partir du 28 septembre.

Cicatrisation régulière. La malade quitte l'hôpital au début de novembre, complètement guérie. Il n'y a pas d'incontinence absolue, mais la malade doit aller à la selle dès qu'elle en sent le besoin et ne peut retenir longtemps ses matières.

Revue en août 1909, état général parfait. Pas de trace de récidence. Continence pour les matières solides, mais prolapsus assez accentué au niveau de l'anus périnéal.

Entre le 31 août à Necker. Opération le 1^{er} septembre, chloroforme. Opération de Thiersch. La malade, insuffisamment constipée, va à la selle dès le 2^e jour. Ablation des fils cutanés le 6^e jour. Le fil de bronze paraît bien toléré. La malade sort le 23 septembre.

Revient en avril 1910. Pas de récidence locale, mais la malade est très amaigrie, cachectique. Il y a probablement généralisation, sans qu'on puisse déceler aucun foyer appréciable. La malade fait une double phlébite crurale et une escarre sacrée. La mort survient le 11 juin 1910.

Obs. 3. — Madame M... Octavie, âgée de 46 ans entre à l'hôpital Necker dans le service du Prof. Lenormant, le 17 août 1909.

Depuis 3 ans la malade présente des douleurs qui accompagnent la défécation Alternatives de constipation et de débâcles souvent sanguinolentes. Amaigrissement rapide. Pâleur.

Dans ces derniers temps, douleurs continues, intolérables dans le rectum. Au toucher, immédiatement au-dessus du canal anal on sent une masse bourgeonnante, circonférentielle rétrécissant considérablement l'intestin. Le doigt ne peut franchir le rétrécissement et atteindre la limite supérieure de la tumeur. On conclut à l'inopérabilité de ce cancer. Le 19 août, on pratique un *anus iliaque* par le procédé de Maydl-Reclus; l'intestin est ouvert le 6^e jour. L'anús fonctionne bien, mais les douleurs persistent avec la même intensité et la malade réclame à tout prix un soulagement. Au bout d'un mois, il semble au toucher que la masse néoplasique se soit mobilisée et bien qu'on n'en puisse déterminer la limite supérieure on se décide à en tenter l'extirpation.

Opération le 17 septembre 1909. Chloroforme. Fermeture en bourse de l'anús. Incision médiane étendue de la commissure vulvaire postérieure à la base du coccyx, se bifurquant au milieu pour entourer l'anús. On résèque le coccyx aux ciseaux et on décolle assez facilement la face post. du rectum de la concavité sacrée. Puis on sépare en avant le rectum du vagin, mais à ce niveau, le néoplasme a commencé d'infiltrer la paroi vaginale et on est obligé de réséquer un fragment de vagin plus grand qu'une pièce de 2 fr. La perte de substance vaginale est immédiatement fermée par un surjet au catgut; on pousse ensuite le décollement recto-vaginal jusqu'au cul-de-sac de Douglas. On libère ensuite les faces latérales de l'intestin en coupant de chaque côté les releveurs et les pédicules de l'hémorroïdale moyenne. On ouvre alors le cul-de-sac péritonéal. Le rectum fixé en haut par l'anús iliaque, s'abaisse mal et se déchire quelque peu au niveau de sa face antérieure. Cependant après section du méso-rectum, qui renferme 3-4 ganglions néoplasiques, on abaisse suffisamment l'intestin pour pouvoir le prendre dans un clamp et le sectionner au-dessus de la

tumeur. Fermeture du péritoine par un surjet au catgut, fixant l'intestin abaissé. Hémostase; en arrière on laisse une pince à demeure sur les vaisseaux du méso-rectum, qui sont coupés trop haut pour qu'on puisse les lier facilement. Fixation du bout rectal à la peau du périnée. Gros drain et mèche dans l'espace rétro-rectal; un drain plus petit dans l'espace inter-recto-vaginal. Suture de la plaie cutanée. Tamponnement du rectum à la gaze.

Le segment amputé mesure 10 cm. La tumeur bourgeonnante et ulcérée, occupe toute la circonférence du rectum. Elle commence immédiatement au-dessus des valvules de Morgani; la section de l'intestin passe à 15-20 mm. au-dessus de la limite supérieure.

Suites. Au bout de 48 h. on change les tamponnements. On enlève le drain pré-rectal, la pince à demeure et la mèche rétro-rectale en y laissant un drain.

Dans les jours qui suivent la plaie suppure assez abondamment et les fils de fixation du rectum coupent. On les enlève le 7^e jour. Des lavages à l'eau oxygénée nettoient rapidement la vaste plaie qui bourgeonne bien.

La malade commence à se lever le 12 octobre. La plaie périnéale se comble peu à peu. L'anus fonctionne bien. Mais la malade s'affaiblit graduellement et se cachectise. Pas de récurrence locale. Elle meurt en février 1910.

Obs. 4. — Monsieur M..., âgé de 54 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 22 février 1919 dans le service du Prof. Lenormant. Il présente des troubles intestinaux avec des crises d'occlusion. Au toucher rectal on constate un cancer de l'ampoule rectale, remplissant presque la totalité de la lumière du rectum. Tumeur sténosante.

Le 25 février 1919 on pratique chez ce malade un anus

contre-nature. Sous-anesthésie d'abord locale, mais complétée par le chloroforme. On pratique un anus iliaque à éperon, sur le côlon sigmoïde, dont la recherche a été très difficile à cause d'une disposition anormale du péritoine (adhérences physiologiques de plusieurs anses grêles à la paroi antérieure du côlon sigmoïde).

Une opération radicale fut décidée le 22 mars (Prof. Lenormant) Chloroforme :

Extirpation périnéale du rectum, après fermeture en bourse de l'anus. Opération très sanglante par suite d'une erreur dans la recherche des plans de clivage antérieurs. On décolle la prostate et on fait une petite brèche au bas-fond vésical. Cette brèche est immédiatement refermée par 3 points au catgut et la prostate fixée au fond vésical. Après libération suffisante du rectum, l'intestin est sectionné au-dessus de la tumeur et son bout supérieur fixé à la peau vers la partie moyenne de l'incision. La portion rétro-anales de celle-ci est fermée, la portion périnéale au contraire correspondant à la zone uréthro-prostatique est laissée ouverte avec un drain et 3 mèches.

Le 31 mars 1919. Une sonde introduite par le bout antérieur et repassée par la plaie péritonéale est mise dans la vessie. Autour d'elle on ramasse les lambeaux prostatiques et vésicaux, mais sans pouvoir recouvrir la sonde qui reste à nu dans la plaie sur une longueur de 1 cm. environ.

Il sort du service après cicatrisation complète. Il a été revu le 25 avril 1925. Etat général très bon. Pas de trace de récidive locale.

Décédé à l'hôpital Bicêtre (cause et date inconnues).

Obs. 5. — Madame C..., âgée de 63 ans entre dans le service du Prof. Lenormant à Saint-Louis le 1^{er} février 1920. On

constate chez elle un néoplasme ano-rectal, limité à la paroi antérieure du rectum et infiltrant la partie basse de la cloison recto-vaginale.

Opération le 5 juin 1920. Fermeture de l'anus en bourse. Incision longitudinale de la muqueuse de la paroi postérieure du vagin. Cette muqueuse n'est pas envahie et on peut la séparer facilement de la tumeur. On écarte ainsi ses deux lambeaux. Incision ovalaire circonscrivant l'orifice anal. Libération du segment inférieur du rectum. Ligature et section des pédicules hémorroïdaux inférieurs et moyens. L'intestin se laisse facilement abaisser. Section de l'intestin au-dessous d'un clamp et au-dessus de la tumeur. Hémostase. Fixation du bout rectal supérieur à la peau du périnée par 4 points en U à la soie dans l'intervalle desquels on ourle la muqueuse à la peau par de la soie fine. On suture ainsi circulairement la tranche rectale à la peau sauf en avant où on laisse le passage d'une mèche placée entre la vagin et le rectum.

La paroi vaginale a été préalablement reconstituée par une suture au catgut.

La malade sort guérie le 12 août 1920.

Le 7 juillet 1921 la malade revient. Pas de récurrence locale. Mais on constate un gros ganglion superficiel de l'aîne gauche. En outre la malade est très gênée par l'incontinence complète de l'anus périnéal.

Opération le 25 juillet. Anesthésie locale :

1° Extirpation du ganglion inguinal. Suture cutanée sans drainage ;

2° Incision de la fosse iliaque gauche et extériorisation du côlon pelvien pour faire un anus iliaque qui sera ultérieurement ouvert.

La malade est décédée le 15 septembre 1921.

Obs. 6. — Madame Ch..., ménagère, âgée de 60 ans, entre dans le service du Prof. Lenormant à Saint-Louis, le 4 janvier 1921. On constate un néoplasme du rectum, provoquant des crises d'occlusion.

Le 13 janvier. On pratique un anus iliaque gauche. Anesthésie à l'éther. Malade obèse. Anse pelvienne du côlon très longue. Fixation dans la plaie par une mèche de gaze.

Le 1^{er} février 1921. On pratique une amputation périnéale du rectum. Fermeture en bourse de l'anus. Incision circonférentielle péri-anale. Décollement facile des faces latérales. En avant le décollement est difficile. On résèque avec la tumeur une grande partie de la paroi vaginale postérieure. Pincement et section sur les côtés des lames des releveurs. Décollement postérieur facile.

L'abaissement obtenu permet de placer des clamps au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. Section du rectum au thermocautère entre les clamps. Hémostase.

Suture de la tranche vaginale à la peau. Fixation du bout supérieur à la tranche vaginale en avant et à la peau sur les côtés et en arrière. Drain et mèches dans l'espace rétro-rectal. Une petite mèche dans l'espace inter-vagino-rectal. Sonde vésicale à demeure.

L'examen de la pièce montre un néoplasme étendu à l'ampoule et au canal anal. La section passe nettement au-dessus de sa limite supérieure, mais deux ganglions rétro-rectaux apparaissent juste sur la coupe. (Prof. Lenormant.)

La malade sort du service le 25 mai 1921.

Depuis perdue de vue.

Obs. 7. — Monsieur P..., âgé de 69 ans, entre dans le service du Prof. Lenormant à Saint-Louis, le 7 mai 1921. Ordiagnostique un épithélioma du rectum.

Le 12 mai sous anesthésie au chloroforme, on pratique un anus iliaque. Extériorisation de l'anse sigmoïde. On passe une mèche iodoformée dans le mésocolon. Rapprochement par quelques points au fil de l'un des pieds de l'anse. Résection des franges épiploïques : Suture partielle de la paroi.

Le 20 mai 1921 on pratique une extirpation périnéale du rectum (Prof. Lenormant), chloroforme.

Fermeture de l'anus en bourse. Incision de la pointe du bulbe de l'urètre à la pointe du coccyx. Libération des parties latérales de l'ampoule. Pincement et ligature des pédicules. Décollement de la face postérieure du rectum. Mais en avant la séparation du rectum de la prostale est impossible par suite de l'envahissement de cette dernière. On résèque avec la tumeur la plus grande partie de la prostate et des vésicules séminales. L'intestin fixé par ses adhérences supérieures s'abaisse mal et on le coupe dans le fond de la plaie au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. La vessie a été ouverte au cours de l'ablation.

Hémostase. Fixation de la tranche rectale à la peau du périnée par de la soie. Large tamponnement en avant et en arrière. Sonde à demeure. Sort guéri le 31 août 1921.

Le malade a été vu le 24 mai 1922. Son état est des plus excellents à tous les points de vue.

Depuis perdu de vue.

Obs. 8. — Mme D... entre dans le service du Prof. Lenormant à St-Louis le 13 février 1922. On constate un cancer de l'ampoule rectale, avec propagation à la partie inférieure de la cloison recto-vaginale, surtout marqué à droite.

Le 21 février anesthésie locale. On pratique un anus iliaque gauche avec éperon.

Le 31 mars 1922 on décide une amputation périnéale du

rectum (Prof. Lenormant). Pendant l'opération on constate que, malgré l'anus iliaque, le rectum est plein de matières dures. On résèque en avant la partie inférieure de la paroi vaginale postérieure. Section de l'intestin au-dessus de la tumeur et fixation immédiate de la moitié circonférentielle antérieure à la tranche vaginale. Hémostase. Suture de la partie postérieure de l'incision au crin avec drain et mèches dans l'espace rétro-rectal. Fixation de la moitié circonférentielle postérieure du rectum à la peau du périnée.

Suites opératoires excellentes. La malade quitte le service guérie le 28 juin 1922.

Depuis perdue de vue.

Obs. 9. — M. L..., entre dans le service du Prof. Lenormant à Saint-Louis, le 6 juin 1922. On constate un cancer de l'ampoule rectale. La limite inférieure de la tumeur est à 4 cm. environ de l'anus.

Le 10 juin on pratique un anus iliaque gauche définitif par le procédé de Cunéo. Section complète du côlon. Réduction du bout inférieur après fermeture. Le bout supérieur est fixé à la peau.

Le 26 juin 1922. Amputation périnéale du rectum (Prof. Lenormant). Rachianesthésie. Pas d'adhérences du néoplasme aux organes voisins. Pendant le décollement de la face antérieure, il a été fait à l'urètre une petite boutonnière. On la répare immédiatement par quelques points de suture sur une sonde à demeure. Section du rectum au-dessus de la tumeur. Ablation d'un gros ganglion dans le méso-rectum. Ligatures des pédicules, fixation de la tranche rectale à la peau du périnée. Suture cutanée en avant et en arrière du nouvel anus, en laissant le passage de deux mèches qui drainent les espaces rétro et pré-rectaux.

Le malade sort complètement cicatrisé et en parfait état le 25 août 1922.

Décédé le 18 juin 1924, probablement à la suite d'une généralisation.

Obs. 10. — M. F..., âgé de 64 ans, entre dans le service le 5 septembre 1922. On constate un épithélioma de la paroi postérieure du rectum. Ulcération large comme une pièce de cinq francs, siégeant à la partie supérieure de l'ampoule rectale.

Le malade présente en outre un anus iliaque gauche définitif, fait quelque temps avant par le Dr Moure (procédé Lambrech).

Le 6 octobre 1922. Amputation périnéale du rectum (Prof. Lenormant). Amputation régulière et assez facile. Ouverture du cul-de-sac de Douglas. Section de l'intestin à 2 cm. environ au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. Fermeture du péritoine par un surjet au catgut. Ligatures des pédicules hémorroïdaux inférieurs et moyens. Pincés à demeure sur les hémorroïdales supérieures. Mèche dans l'espace rétro-rectal. Fixation du bout supérieur à la peau périnéale et suture aux crins de la partie antérieure de l'incision.

Le malade est décédé, sans qu'on puisse savoir la date ni la cause.

Obs. 11. — M. L..., âgé de 28 ans, entre dans le service du Prof. Lenormant à la Pitié le 24 juin 1924.

Le 26 juin. On pratique une dilatation anale (anesth. épidurale). Curettage des fongosités bourgeonnantes siégeant sur la paroi rectale. Tamponnement par une mèche. L'examen histologique (fait dans le laboratoire du Prof. Lecène) montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome.

Le 15 juillet. Sous anesthésie locale on pratique un anus contre-nature sur le côlon pelvien (procédé de Maydl-Reclus).

Le 22 juillet 1924. Amputation périnéale du rectum (Prof. Lenormant). Incision partant du bulbe de l'urètre à la pointe du coccyx, qu'on désarticule. Libération progressive du rectum de bas en haut. Le décollement est très facile en avant et à gauche où il y a un bon plan de clivage, très pénible en arrière et à droite où se trouve la tumeur qui s'étend jusqu'à la paroi pelvienne latérale et en infiltrant les parties molles. La tumeur se déchire au cours de cette libération. On abaisse enfin suffisamment le rectum sans ouvrir le cul-de-sac de Douglas et on coupe l'intestin au-dessus de la tumeur. On enlève encore aux ciseaux et à la curette des portions de tissu infiltré. Hémostase. Abaissement du bout supérieur. L'urètre et la prostate sont intacts. Drains et mèches dans les espaces rétro et pré-rectaux.

Décédé à la suite d'une généralisation peu après l'opération.

Obs. 12. — M. C..., 50 ans, entre dans le service le 23 février 1925. On constate un cancer de l'ampoule rectale, siégeant au niveau de la paroi antérieure du rectum, 3 à 4 cm. au-dessus de l'orifice anal. Etat général bon.

Opération le 27 février 1925. Chloroforme (Prof. Lenormant). Amputation périnéale du rectum avec résection du coccyx et extirpation du sphincter. Seul le décollement de la paroi antérieure présente quelques difficultés.

Abaissement facile du rectum, que l'on sectionne à deux travers de doigt au-dessus de la tumeur. Fixation du bout supérieur au plan périnéal par des catguts non perforants et par un surjet de soie unissant la muqueuse à la peau. Suture partielle de l'incision périnéale. Tamponnement, drain et

mèche en arrière; une pince a été laissée à demeure pendant 2 h. sur un vaisseau rétro-rectal.

Suites opératoires sans accident.

Le malade sort guéri le 17 avril 1925.

Le malade est décédé le 18 février 1928 à la suite d'une hémorragie cérébrale.

Obs. 13. — M. P..., 61 ans, entre dans le service le 13 février 1925. On constate un cancer de l'ampoule rectale.

Le 16 février. On pratique un anus iliaque gauche. Opération facile. Pansement au sérum chaud.

Le 3 mars 1925, chloroforme. Amputation périnéale du rectum (Prof. Lenormant). Fermeture en bourse du rectum. Incision classique. Libération du rectum. Le décollement est un peu difficile en avant où il existe des adhérences entre le rectum et la prostate. On ouvre le cul-de-sac péritonéal. L'S iliaque s'abaisse difficilement en raison de l'anus contre-nature. On arrive cependant à l'abaisser suffisamment pour pouvoir le couper au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. Hémostase. Fermeture du péritoine. Fixation du bout supérieur au plan périnéal. 2 pinces hémostatiques à demeure en arrière du rectum. Tamponnement par une mèche pré et rétro-rectale.

Suites opératoires excellentes.

Le malade sort guéri le 9 mai 1925.

Revu le 4 novembre 1925, bon état général. Aucune récurrence.

Revu le 10 juin 1927, bon état général. Pas de trace de récurrence.

Depuis perdu de vue.

Obs. 14. — Mme L..., 69 ans (malade envoyée par le Dr Bensaude). Entre dans le service le 9 mars 1928. On trouve une tumeur ulcérée circulaire au niveau du bord supérieur du canal anal. On atteint avec l'index sa limite supérieure. La tumeur est mobile, mais la cloison recto-vaginale est infiltrée. Etat général assez médiocre.

Opération le 14 mars 1928. Amputation périnéale du rectum. Incision classique. On libère facilement le rectum en arrière. Mais en avant on trouve la paroi vaginale postérieure infiltrée. On la résèque. L'abaissement ne s'effectue qu'après avoir ouvert le cul-de-sac péritonéal. On sectionne l'intestin nettement au-dessus de la tumeur. Réparation de la paroi vaginale postérieure. Fermeture du péritoine. Fixation du bout supérieur de l'intestin à la peau du périnée. Tamponnement en avant et en arrière du rectum. Suture du reste de la plaie. Sonde à demeure.

La malade quitte le service le 4 mai 1928.

Perdue de vue.

Obs. 15. — Mme B... 50 ans, entre dans le service le 15 mars 1928, envoyée par le Dr Bensaude : on constate un cancer du rectum, siégeant à la partie moyenne de l'ampoule. Sa limite supérieure est difficilement accessible au doigt. Bon état général.

Opération le 19 mars 1928. Rachianesthésie (Prof. Lenormant). Amputation du rectum par voie périnéale. Résection du coccyx. Décollement du rectum assez facile. On abaisse l'intestin suffisamment pour le sectionner au-dessus de la tumeur, afin de ne pas être obligé d'ouvrir le péritoine.

Fermeture du cul-de-sac de Douglas. Hémostase. Fixation du bout supérieur au plan périnéal. Drain et mèches dans l'espace rétro-rectal et pré-rectal.

Suites opératoires excellentes.

La malade quitte le service complètement cicatrisée le 17 juin 1928.

Revue le 4 décembre 1928. Pas de trace de récurrence, bon état général. Petit prolapsus de la muqueuse au niveau de l'anus périnéal.

Depuis deux tentatives de cerclage et de périnéorrhaphie rétro-anales ont échoué. Le 6 novembre 1929 (cerclage de l'anus au fil de bronze).

Le 8 mai 1930 (périnéorrhaphie rétro-anales).

Le 28 juillet 1930. Pas de récurrence locale. Mais toujours prolapsus très gênant au niveau de l'anus périnéal. On décide une nouvelle intervention.

Le 28, opération. Rachi. Incision circonférentielle au pourtour de l'anus. Libération de l'intestin. Du premier coup on ouvre le péritoine en avant. On abaisse le côlon dans la plaie périnéale sur une longueur de 8-10 cm. et on le résèque. Ligature des artères en arrière, fixation de l'intestin à la peau du périnée.

La malade sort guérie le 20 août 1930.

Revue le 6 avril 1931. Pas de récurrence. Etat général satisfaisant. Le prolapsus a réapparu de nouveau, mais peu prononcé.

Obs. 16. — M. S... 44 ans entre dans le service le 24 avril 1928. On constate un cancer du rectum, juste accessible par le toucher et qui siège exactement au niveau du cul-de-sac péritonéal.

Opération le 14 mai 1928. Ether (Prof. Lenormant). Amputation périnéale du rectum. Incision de Pauchet. Résection du coccyx. En avant la libération du rectum de la prostate se fait régulièrement et facilement. Libération des faces latérales

(pincement des hémorroïdales moyennes), libération de la face post. On arrive sur la tumeur mais sans pouvoir l'abaisser suffisamment. On ouvre le cul-de-sac de Douglas, on incise circulairement le péritoine. En ce moment l'intestin se déchire au niveau de la tumeur. On place deux clamps au-dessus et on sectionne le sigmoïde. Ligature de l'hémorroïdale supérieure. La section passant au ras de la tumeur, on sectionne à nouveau un peu plus haut de façon à être dans le tissu sain.

Le bout colique ne se laisse pas abaisser au périnée, mais on le fixe par 3 points en avant et sur les côtés aux parties molles des parois pelviennes.

Le cul-de-sac périnéal est fermé. Une pince à demeure sur l'hémorroïdale supérieure. Tamponnement à la gaze iodoformée, drains. Suture partielle de la plaie.

Suites normales.

Le malade quitte le service le 13 juillet 1928.

Revue le 12 mars 1929. Excellent état.

Revue le 5 décembre 1930, on constate un noyau induré dans la fosse ischio-rectale droite avec hémorragies anales.

Revue le 6 avril 1931, récurrence locale avec envahissement des fosses ischio-rectales. Le malade se plaint d'une fatigue générale, et douleurs dans les jambes. De l'anus périnéal s'écoulent des exsudations glaireuses, sanguinolentes et d'une odeur désagréable. Application des rayons pénétrants.

Obs. 17. — M. P... 75 ans, entre dans le service du Prof. Lenormant, à la Pitié, le 2 juillet 1928. Il présente des troubles de la défécation. Au toucher on trouve une tumeur sur la face postérieure du canal anal et de la partie inférieure de l'ampoule rectale. Dans un premier temps opératoire on lui a fait un anus sigmoïde à dérivation définitive.

Opération le 6 août 1928. Rachianesthésie (Dr Wilmoth).

Après avoir circonscrit l'anus, on dissèque une collerette cutanée qui permet grâce à un surjet de soie de fermer complètement l'anus. Par une périnéotomie transanale on sépare le bec rectal de la prostate. On fait descendre le rectum peu à peu grâce à la section des pédicules vasculaires et des releveurs. Section du rectum entre 2 clamps au-dessus de la tumeur (vérifiée sur la pièce enlevée).

Abaissement du rectum à la peau du périnée. Mèche iodoformée rétro-rectale.

Suites opératoires normales.

Le malade quitte le service le 15 septembre 1928.

Décédé le 28 avril 1929 à la suite d'une phlébite.

Obs. 18. — Mme B... 50 ans entre dans le service du Prof. Lenormant à la Pitié le 23 octobre 1928. Elle présente un épithélioma de l'ampoule rectale. On a pratiqué un anus iliaque gauche trois semaines auparavant.

Opération le 19 novembre 1928 (Dr Wilmoth). Anesthésie au balsoforme. Amputation périnéale du rectum. Résection du coccyx, section des releveurs, résection de la moitié inférieure de la paroi post. du vagin. Libération assez facile de l'intestin, section du rectum au-dessus de la tumeur. Abaissement du bout supérieur au plan périnéal. Suture partielle de la plaie. Pansement à plat.

Suites opératoires sans incidents.

Malade quitte le service le 11 novembre 1928.

Décédée le 22 février 1930 (cause inconnue).

Obs. 19. — Mme L... 56 ans entre dans le service le 18 octobre 1929 pour des hémorroïdes. Au toucher on constate une vaste ulcération, indurée, adhérente aux tissus péri-rectaux.

Dans un premier temps on a fait un anus iliaque gauche qui fonctionne bien.

Le 30 octobre 1929. Amputation périnéale du rectum. Résection du coccyx, libération du rectum. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Résection du rectum au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. Mésorectum très infiltré, qu'on résèque dans les mesures du possible. Hémostase, mèches, abaissement du bout supérieur. Drain dans le rectum (Dr Wilmoth).

Suites normales. La malade quitte le service le 30 novembre 1929.

Le 14 avril 1931. Nous avons pu avoir des nouvelles de la malade. Elle se porte très bien et continue toujours de s'occuper de son ménage. Depuis l'opération elle a augmenté de 10 kilogrammes.

Obs. 20. — M. C... 66 ans, entre dans le service du Prof. Lenormant le 28 janvier 1930. Depuis le mois d'août 1929, amaigrissement et selles sanglantes. Au toucher rectal : tumeur qui saigne dont la limite inférieure est à 6-8 cm. de l'anus. La supérieure est à 14 cm. (rectoscopie).

Le 5 février. On pratique un anus iliaque gauche.

Le 20 février. Amputation périnéale du rectum. Résection du coccyx. Section des releveurs et des pédicules vasculaires. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. Le rectum s'abaisse bien. On le sectionne bien au-dessus de la tumeur. Fermeture du péritoine. Hémostase. Fixation du bout supérieur à la peau du périnée. Mèches rétro et latéro-rectales. Drain dans le rectum (Dr Wilmoth).

Suites opératoires normales. Le malade quitte le service le 4 mai 1930.

Obs. 21. — M. R... 49 ans entre dans le service du Prof. Lenormant à la Pitié le 20 février 1931, présentant des pertes sanguinolentes par l'anus depuis un an environ. Amaigrissement. Au toucher : grande ulcération ano-rectale, mais ne dépassant pas la muqueuse. La peau de la région anale est indemne. Le pôle supérieur de la tumeur peut être atteint à bout de doigt. L'ulcération est limitée par un bourrelet saillant et dur et elle repose sur une base indurée. Le doigt retire du sang.

Le 21 février on pratique un anus iliaque gauche.

Le 11 mars 1931. Amputation périnéale du rectum. Anesthésie au balsoforme (Dr Wilmoth). Incision classique, résection du coccyx, section des releveurs et des pédicules. Dégagement du rectum en avant et en arrière. Le rectum s'abaisse facilement, après ouverture du péritoine. Section du rectum bien au-dessus de la tumeur. Ablation large de la graisse des creux ischio-rectaux. Le bout supérieur est abaissé et fixé sur la peau périnéale. Hémostase, tamponnement mèches, drain dans le rectum.

Suites opératoires sans incidents.

Revue le 22 avril 1931. Le malade se porte très bien. Sa plaie se cicatrise normalement. Rien ne sort par l'anus périnéal. L'anus iliaque fonctionne très bien. Le malade a engraisé et ne suit aucun régime.

Obs. 22. — Mme L... âgée de 63 ans fut admise dans le service du docteur S. Banzet à l'Hôpital de la Croix-Rouge Française pour une cure radicale d'un cancer du rectum. En effet le début marqué par des hémorragies fréquentes, à l'occasion et en dehors de la défécation dure depuis 5-6 mois. Pas de douleurs ni atteinte de l'état général. Au toucher on trouve une ulcération bourgeonnante reposant sur une base

indurée et saillante, siégeant sur la face antérieure de l'ampoule rectale, dont la moitié circonférentielle postérieure est libre. La tumeur siège à 4 cm. au-dessus de l'anus. L'index atteint sans trop de peine sa limite supérieure. La tumeur paraît peu mobile en avant.

Préparation de la malade pendant 15 jours. Lavages, purgatifs salins, etc.

Opération le 22 décembre 1919 (Dr S. Banzet). Ether. On commence par respecter et conserver le sphincter. Mais ceci est vite abandonné, le sphincter étant envahi. Le décollement est assez facile en arrière et en avant, pas d'adhérence au vagin. Ligature des pédicules hémorroïdaux inférieurs et moyens. L'intestin s'abaisse bien. Section au-dessus de la limite supérieure de la tumeur. (Le péritoine n'a pas été ouvert.) Fixation du bout supérieur à la peau périnéale. Mèche et drain dans l'espace rétro et pré-rectal. Fermeture partielle aux crins du reste de l'incision.

Longueur du segment enlevé 18 cm. Pas de ganglions infiltrés dans le tissu rétro-rectal, ni dans le méso-rectum enlevés.

Suites opératoires excellentes. Cicatrisation normale.

La malade a été suivie plusieurs années de suite. Elle est revue pour la dernière fois en bon état général, sans trace de récidive, à la fin de 1926. Depuis perdue de vue.

Extirpations abdomino-péritonéales du rectum.

Obs. 23. — Mme L... âgée de 51 ans entre dans le service du Prof. Lenormant à Saint-Louis le 3 janvier 1920. On diagnostique un cancer du rectum.

Opération le 15 janvier 1920 (par le Dr Moure); chloroforme.

1° *Temps abdominal* : Laparotomie médiane sous-ombilicale. Aucune adhérence intra-pelvienne. Exploration de la tumeur. On sent de gros ganglions dans le méso-rectum et il

existe en avant une adhérence du néoplasme au fond du cul-de-sac de Douglas. L'extirpation totale semble néanmoins possible. Le côlon pelvien dans sa portion libre à 5 ou 6 cm. au-dessus de la tumeur est coupé entre deux ligatures.

Le bout supérieur fermé est fixé en anus artificiel définitif dans une incision faite à travers le muscle droit du côté gauche (suture à la soie). Ligature et section du méso-rectum au-dessus des ganglions et décollement le plus bas possible de la face postérieure de l'intestin.

Incision du péritoine sur les côtés et en avant du rectum. En avant on passe sur l'utérus au delà de l'adhérence. Décollement des faces latérales et antérieures de l'intestin. L'urètre se trouve dénudé sur une grande étendue.

Le bout colique inférieur est tassé dans le fond de la plaie et par-dessus lui on reconstitue un plancher sérieux avec les restes du péritoine et la base des ligaments larges. Fermeture de la paroi abdominale à trois plans sans drainage.

2° *Temps périnéal*. Fermeture en bourse de l'anus. Incision de la commissure vulvaire à la pointe du coccyx encerclant l'orifice anal. Section des releveurs et des pédicules hémorroïdaux inférieurs et moyens. L'intestin ne s'abaisse pas encore complètement, maintenu en haut et en arrière par les deux lames latérales du méso-rectum. Les deux lames sont pincées et coupées. On achève facilement l'extirpation. Au cours de cette manœuvre l'intestin se déchire à la limite inférieure de la tumeur. Les pinces sont remplacées par des ligatures. Des points perdus rapprochent les débris des releveurs. On place dans la brèche périnéale un gros drain et 2 mèches et on suture le reste de la plaie cutanée.

3° Ouverture immédiate de l'anus iliaque. La muqueuse est ourlée à la peau par un surjet au catgut.

L'opération a duré 1 h. 50.

La malade est décédée le 23 janvier 1920.

A l'autopsie : Pas de péritonite. Pas de cellulite pelvienne. Occlusion de l'anse afférente à l'anus iliaque. Torsion de l'anse sigmoïde.* Cette anse, du moins la moitié supérieure qui en subsiste, est prolabée dans le pelvis à travers un orifice limité par la paroi abdominale postérieure et le méso allant à l'intestin juxta-anal. Cette anse n'est pas étranglée, mais à cause de sa chute il y a une torsion de 180° de l'intestin à 1 cm. environ de l'anus.

Dans le péritoine il y a du liquide séreux comme à la phase terminale de l'occlusion. Les anses grêles sont météorisées.

Obs. 24. — M. R..., âgé de 54 ans entre dans le service du Prof. Lenormant le 6 septembre 1920. On constate un cancer de l'ampoule rectale, en plus le malade est porteur d'une fistule cæcale, qui a été pratiquée quelque temps avant à l'hôpital Saint-Antoine.

Opération le 29 septembre 1920 (Dr Moure). Extirpation abdomino-périnéale.

1° Laparotomie médiane. Néo annulaire très bas. Ligature de l'hémorroïdale supérieure. Libération du côlon pelvien. Section du méso-rectum au-dessus des ganglions;

2° Suture de l'anus. Libération de l'anus par voie périnéale jusqu'au-dessus de la lésion, assez adhérent en arrière. Ligatures des hémorroïdales moyennes. Section de l'intestin au-dessus de la lésion. Le bout supérieur est fixé à la peau par des points antérieurs et postérieurs. Mèche iodoformée dans les 2 fosses ischio-rectales;

3° Nettoyage de la cavité pelvienne. Drain et mèche. Fermeture de la paroi abdominale par des fils de bronze.

Le malade est décédé le 29 septembre 1920.

Obs. 25. — Mme S..., âgée de 67 ans entre dans le service le 11 mars 1922 avec des phénomènes d'occlusion subaiguë. Amélioration par un traitement médical. L'examen radiologique montre un obstacle peu serré siégeant à la limite du côlon pelvien et descendant : cancer colique.

Opération le 30 mars 1922. Chloroforme. Malade très grasse.

1^o Laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une tumeur du côlon pelvien, très adhérente dans le fond du bassin. Elle fixe indirectement le côlon descendant qui ne se laisse pas extérioriser. Il faut décoller son méso et partiellement la face gauche de la tumeur pour mobiliser suffisamment l'intestin. On sectionne alors le côlon descendant à 6-8 cm. au-dessus de la tumeur. Le bout inférieur formé est refoulé dans le bassin, et par-dessus on péritonise dans la mesure du possible. Le bout supérieur est fixé en anus artificiel. Fermeture de la paroi sans drainage.

Fermeture en bourse de l'anus. Incision allant de la fourchette à la pointe du coccyx et encerclant l'anus. Découlement du rectum (manœuvre très pénible, le rectum se déchire au-dessous du néo). Amputation périnéale du rectum. Hémostase. Drain 3 mèches dans l'espace rétro et pré-rectal; suture du reste de l'incision.

Longueur du segment enlevé : 35 cm.

Distance de la tumeur à l'anus : 25 cm.

La malade est décédée le lendemain.

Obs. 26. — M. L... âgé de 61 ans, entre dans le service le 4 juin 1925 pour diarrhée et hémorragies intestinales. Au toucher rien de net. Rectoscopie montre 2 petits bourgeons. Le tube ne peut pas être introduit plus profondément à cause de l'existence d'un rétrécissement infranchissable au niveau de l'angle recto-sigmoïdien.

Opération le 16 juin 1925. Rachianesthésie complétée par le chloroforme.

1^o *Temps abdominal.* Laparotomie médiane sous-ombilicale. On suit la tumeur à bout de doigt, dans le fond du Douglas. Elle paraît un peu mobile. On sent également un gros ganglion dans le méso-rectum. On incise le péritoine et on décolle en avant et sur les côtés. Décollement pénible, surtout en avant. Section du côlon pelvien au-dessus de la tumeur entre 2 ligatures. Section et ligature du méso. Décollement de la face postérieure de l'intestin et les ganglions. En raison des adhérences on ne peut pas pousser très loin en bas ces divers décollements. Le bout colique inférieur est tassé dans le fond du bassin. Péritonisation soigneuse.

Le bout colique supérieur est fixé à la peau de la fosse iliaque gauche (incision spéciale). Fermeture de la paroi abdominale.

2^o *Temps périnéal.* Fermeture en bourse de l'anus. Incision classique. Libération du rectum de bas en haut, difficile en avant où on entame la prostate. On arrive enfin à rejoindre le décollement supérieur et à retrouver le bout libéré. Mais même alors rien ne descend, la tumeur reste fixée en haut par de fortes adhérences, que l'on détache par force à bout de doigts. Les pinces hémostatiques sont laissées à demeure. La plaie périnéale largement tamponnée.

Le malade est très schokée à la fin de l'intervention.

Le malade est décédé le même jour.

Obs. 27. — M. F... 40 ans, bien portant, excellent état général, vient consulter le Prof. Lenormant à la Pitié pour constipation et léger suintement sanguin par l'anus. Au toucher, à 8 cm. de l'anus, on sent une grosse masse dure, bour-

geonnante, qu'on ne peut pas dépasser. Rectoscopie (Dr Cain) Néo évident. Biopsie confirme le diagnostic.

Opération le 27 janvier 1928 (Prof. Lenormant). Ether.

Incision sous-ombilicale médiane. Le cancer est dans le segment sous-péritonéal. Ligature de la mésentérique inférieure. Libération du péritoine sur les faces latérales du rectum. Libération recto-vésicale pénible, clivage facile du rectum en arrière.

Libération des faces latérales, ligature des hémorroïdales moyennes (pénible). Section après écrasement de l'anse sigmoïde. Suture et enfouissement au fil de lin des deux bouts. Section jusqu'au plan osseux du méso-sigmoïde et du méso-rectum. On enlève un ganglion iliaque gauche. Le rectum ainsi libéré est tassé dans le Douglas. Péritonisation parfaite au-dessus.

Le bout supérieur est fixé à la peau au niveau du plan gauche qu'on incise en anus iliaque. Fermeture de la paroi abdominale. Petit Mikulicz.

2° *Temps périnéal.* Technique habituelle. Décollement en avant un peu difficile. Hémostase. Mise en place d'un Mikulicz sans aucun point de suture.

Durée de l'opération 1 h. 40.

Le malade est décédé le 5 février 1928.

Obs. 28. — Mme G... 58 ans entre dans le service le 3 juillet 1930. On fait aisément le diagnostic d'un cancer recto-sigmoïdien.

Le 18 juillet on pratique une laparotomie exploratrice, qui montre que la tumeur siège exactement au niveau du cul-de-sac péritonéal et n'est pas extirpable par voie abdominale. On referme le ventre et l'on fait un anus iliaque gauche.

Le 31 juillet 1930 on décide l'extirpation de la tumeur.

1° *Extirpation abdominale.* Incision de Pauchet, résection du coccyx. Libération progressive du rectum de bas en haut. Ouverture du cul-de-sac péritonéal. A ce moment l'abaissement devient difficile. L'exploration de la cavité pelvienne montre que la tumeur, très volumineuse et adhérente, sera impossible à enlever par en bas. Hémostase, tamponnement de la plaie périnéale.

2° On rouvre l'incision abdominale. On sectionne l'intestin entre l'anus iliaque et la tumeur. On sectionne de haut en bas le méso-rectum. A ce moment l'extirpation du rectum par le périnée devient possible (au cours de ces manœuvres la tumeur s'était déchirée sur sa face antérieure). Mais l'extirpation est très complète. On enlève des gros ganglions au devant de la colonne vertébrale. On ferme en bourse le bout colique que l'on abandonne en l'enfouissant sous le péritoine. Fermeture de la paroi abdominale. Tamponnement de la plaie périnéale. (Prof. Lenormant.)

La malade est décédée le soir même.

CONCLUSIONS

De l'étude qui précède nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° Quelle que soit la technique ou méthode employée, il est indispensable de faire un diagnostic précoce, gros facteur pour obtenir un résultat durable.

2° L'amputation du rectum par la voie périnéale et plus particulièrement par la voie coccy-périnéale est l'opération de choix pour l'extirpation des tumeurs de cet organe, ne dépassant pas, en haut, le cul-de-sac péritonéal.

3° Elle est contre-indiquée seulement dans les cas de cancers trop haut situés, franchement sus-rectaux, justiciables alors de l'opération d'Hartmann.

4° Elle constitue le plus souvent pour les néoplasmes du rectum proprement dits, non seulement l'opération la plus simple, si elle est bien réglée et exécutée méthodiquement, mais aussi et surtout l'opération la plus bénigne. Sa mortalité opératoire est de plus en plus minime et plusieurs chirurgiens ne comptent aucun échec opératoire.

5° A mesure que l'extirpation périnéale du rectum cancéreux est devenue une intervention « élargie » les résultats éloignés sont meilleurs et les récidives moins fréquentes.

6° L'amélioration considérable de la statistique des amputations périnéales, tant au point de vue de la mortalité opératoire que des résultats éloignés, est en grande partie due à la dérivation préalable des matières. Il serait donc indiqué de pratiquer un anus iliaque définitif, au moins quinze jours avant l'intervention radicale.

7° D'autre part non moins importante est la question du drainage large de la plaie périnéale qui a contribué beaucoup à l'amélioration des suites opératoires.

8° L'amputation abdomino-périnéale est une opération infiniment plus grave et compte encore à l'heure actuelle une mortalité opératoire considérable.

9° La différence de pourcentage de guérisons éloignées en faveur de l'abdomino-périnéale est loin de compenser son pourcentage de mortalité opératoire.

Vu, le Doyen,
BALHAZARD.

Vu, le Président de la Thèse,
LENORMANT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Bérard et Chalier.** — Dérivation préalable dans le traitement du cancer du rectum (*Lyon chirurgical*, novembre 1909, p. 651).
2. **Bardenheuer.** — Diskussion über die Operation der Mastdarm-carcinom (*Verhandlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXV^e Congrès*, 1906, p. 40).
3. **Belin.** — De l'anus iliaque dans la cure radicale du cancer du rectum (*Progrès médical*, 2 octobre 1897, n^o 40, p. 209).
4. **Baugery et Jacob.** — Atlas, tome 7, p. 168, année 1840.
5. **Bockel.** — Résultats éloignés de l'extirpation du rectum et de l'S iliaque, d'après une statistique comprenant 50 observations (*XI^e Congrès français de Chirurgie*, 22 octobre 1897, p. 609).
6. **Cestan.** — Sur l'extirpation du rectum cancéreux par voie périnéale (*Mémoires de la Société de Médecine de Toulouse*, 1903, p. 219).
7. **Chalier.** — De l'amputation abdomino-périnéale du rectum (*Lyon chirurgical*, 1924, p. 780).
8. **Coffey.** — Les principes d'opérations du cancer du rectum (*The South. Surg. Ass.* 1924, tome XXXVI, p. 123).

9. **Cunéo.** — Technique nouvelle d'ablation du cancer du rectum (*Journal de Chirurgie*, 1908, p. 434, tome I).
10. **Delore et Chaliér.** — De l'extirpation périméale du cancer du rectum. Considérations basées sur 19 cas personnels (*Revue de chirurgie*, 10 mai 1907, p. 784).
11. **Depage et Mayer.** — Résultats personnels (*Archives provinciales de Chirurgie*, juin 1913, p. 132).
12. **Duroselle.** — Quelques observations de cancer du rectum traités par l'opération d'Hartmann (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 1925, p. 459).
13. **Eichhoff.** — Résultats de la clinique de Breslau pendant 40 ans (*Beitrag zum. klin. Chirurgie*, 1922, tome CXXV, p. 17).
14. **Exalto.** — L'extirpation abdomino-périméale au cours du cancer du rectum (*Archiv. für klin. chir.*, Berlin, 1926, p. 790).
15. **Gabriel.** — The results of perineal excision in the treatment of carcinoma of the rectum (*Brith. Journ. of Surgery*, Liverpool, 1924-1925, tome XII, p. 466).
16. **Gaudier.** — Résultats éloignés de l'extirpation du cancer rectal (34^e Congrès français de Chirurgie 1925, p. 18).
17. — Extirpation du cancer du rectum (*Journal de méd. de Paris*, 1925, p. 877).
18. **Gaudier et Schwartz.** — Rapports sur la chirurgie du rectum (*Bol. Inst. de med. exper*, Buenos-Aires, 1926, p. 405).
19. **Goldschmid.** — Conservation de la continence après opérations radicales (*Wiener. Klin. Wochenschrift*, avril 1914, p. 412).
20. **Gouillioud.** — De l'amputation abdomino-périméale du rectum (*Lyon chirurgical*, 1924, p. 786).

21. **Hartmann.** — Etude statistique et critique (*Journal de chirurgie*, 1913, tome XI, p. 693).
22. **Hartmann.** — Quelques observations sur l'amputation périnéale haute du rectum (*Presse médicale*, 25 décembre 1909, p. 929).
23. **Hartmann.** — Chirurgie du rectum, 1931.
24. **Imbert.** — Résultats de l'extirpation des cancers du rectum (*Marseille méd.*, 1926, p. 913).
25. **Lefèvre.** — L'envahissement néoplasique des ganglions dans le cancer du rectum (*Gaz. heb. des Sc. méd. de Bordeaux* 1925, p. 450).
26. **Lecène.** — Paris médical, 1924.
27. — Thérapeutique chirurgicale. Paris, 1926, tome III, p. 308.
28. **Lenormant.** — Prolapsus du rectum (*Thèse, Paris* 1903).
29. — Les indications de l'hystérectomie dans la cure chirurgicale du cancer du rectum chez la femme (*Presse médicale*, 25 mars 1911, p. 238).
30. — Cancer recto-sigmoïdien, enlevé par voie abdomino-périnéale; occlusion intestinale mortelle par étranglement au niveau de l'anus iliaque (*Bull. soc. Chir.*, Paris, 28 janvier 1920, p. 168).
31. **Les Prosecteurs** (*Chirurgie de l'abdomen*, Paris 1930).
32. **Lockhart-Mummery.** — 200 cas du cancer du rectum traités par extirpation périnéale. *Brith J. Surg. Bristol*, 1926-27, p. 110).
33. **Manuel.** — Thèse de Nancy, 1904.
34. **Marcou.** — Manifestations urinaires au cours du cancer de rectum (*Thèse, Paris* 1929).
35. **Martin du Pau.** — Statistique de Kocher (*Revue de chirurgie*, 1906, p. 135).

36. **Miles.** — Opération abdomino-périnéale (*Brit. Medic. Journ.*, 1^{er} octobre 1910, p. 941).
37. **Miles, Lockhart-Mummery.** — Discussions sur le traitement du cancer de rectum (*Proc. Roy. Soc. Med. London*, 1923-1924. Sec. protoc. 81-87).
39. **Mondor.** — Contribution à l'étude anatomique, clinique et thérapeutique du cancer du rectum (*Thèse de Paris*, 1914).
40. **Mondor et Chaliér.** — Cancer du rectum, 1923.
41. **Monod et Vanverts.** — Traité de Technique opératoire, Paris, 1902.
42. **Narat.** — Etude comparative des opérations du cancer du rectum (*Inter. j. surg. New-York*, 1926, p. 274).
43. **Pauchet.** — Cancer du rectum opéré par voie abdomino-périnéale (*Paris chir.*, 1926, p. 202.)
44. — Anus iliaque pour cancer du rectum (*La Clinique*, Paris, 1926, p. 147).
45. — La pratique chirurgicale illustrée, tome IX.
46. **Pizzagali.** — Ligature de l'art. mésentérique inférieure au cours du traitement chirurgical du cancer du rectum (*Cultura. med. New.*, Palermo, 1925, p. 549).
47. **Poirier.** — Anatomie, Paris 1912, tome IV, fasc. I.
48. **Quénu et Baudet.** — Extirpation du rectum par voie périnéale (*Revue de gynécologie et chirurgie abdominale*, sept.-oct. 1898, p. 857).
49. **Quénu et Hartmann.** — Chirurgie du rectum, Paris 1898.
50. **Récamier.** — Traitement du cancer du rectum, (*Thèse de Paris*, 1925).
51. **Reinhold.** — Etude de l'envahissement ganglionnaire et propagation (*Thèse Paris*, 1924).
52. **Rouvière.** — Anatomie, tome I.

53. **Schwartz.** — Bulletin de Soc. de Chir., Paris 1923.
54. — **Tierny.** — Enquête sur le traitement du cancer du rectum auprès des chirurgiens étrangers (*Jour. de Méd. de Paris*, 1926, p. 811).
55. **Tierny.** — Enquête sur la question du traitement du cancer du rectum auprès les chirurgiens de langue allemande (*Journ. de Méd. de Paris*, 1926, p.608).
-

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	9
Introduction	11
Chapitre premier. — Les cas qui peuvent relever de l'amputation périnéale du rectum.	20
A) Moyens de fixité	20
B) Les lymphatiques	29
Chapitre II. — L'amputation périnéale du rectum.	26
§ 1. Les soins préalables	30
A) La dérivation préalable des matières	31
B) La désinfection par les moyens médicaux	40
C) Les grands lavages du bout inférieur	41
§ 2. L'intervention radicale	41
A) Préparatifs immédiats	41
B) Anesthésie	42
C) Technique opératoire proprement dite	43
D) Difficultés et avantages de l'amputation périnéale	53
E) Soins et accidents post-opératoires	56
F) Accidents et complications post-opératoires	59
Chapitre III. — Les résultats de l'amputation périnéale du rectum.	65
A) La gravité de l'acte opératoire	65
B) Valeur curatrice de l'amputation périnéale	69
Chapitre IV. — Comparaison de la méthode périnéale avec les autres méthodes	76
1. L'opération de Kraske	76
2. L'opération d'Hartmann	77
3. Le procédé de Cunéo	77
4. L'abdomino-périnéale	77
Observations	83
Conclusions	111
Bibliographie	113

